GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1883

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

ANNÉE 1883

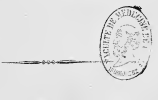
GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

CINQUANTE-QUATRIÈME ANNÉE -- SIXIÈME SÉRIE -- TOME V

DIRECTEUR, RÉDACTEUR EN CHEF

Docteur F. DE RANSE



PARIS

Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.

54e année. 6e série. Tome V. N° 1 6 JANVIER 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;

Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN**.

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 4 janvier 1883.

NOUVELLE TENTATIVE D'INOCULATION DE LA SYPHILIS AU SINGE.

Par les temps de fièvre expérimentale que nous traversons, la syphilis, qui a déjà fourni à différentes époques une si belle carrière à l'expérimentation, ne pouvait rester en arrière. Tout récemment on essayait de l'importer dans l'espèce porcine ; aujourd'hui on s'adresse de nouveau au singe, ce voisin, pour d'autres ce consanguin de l'homme, avec l'espoir que la distance amoindrie qui le sépare de ce dernier rendra l'expérience plus féconde.

Cet espoir, conçu aussi il y a trente ou quarante ans, ne fut pas alors réalisé. Un homme d'une grande conviction et d'une persévérance sans égale, Auzias Turenne, crut être plus heureux que ses devanciers. Il montra à l'Académie des sciences, à l'Académie de médecine, à la Société de chirurgie, un singe sur lequel l'inoculation du pus chancreux de l'homme avait été suivie d'ulcérations offrant tous les caractères du chancre infectant : bords taillés à pic, fond grisâtre, indurations de la base, etc. L'opinion ancienne, défendue par Hunter, Cullerier, M. Ricord, fut un instant ébranlée; mais les premiers résultats d'Auzias Turenne, infirmés par des expériences nouvelles, ne purent tenir contre les objections qu'ils soulevèrent, et la conclusion générale du débat fut que, si l'on peut observer chez le singe, à la suite d'inoculations syphilitiques, des accidents primitifs rappelant le chancre infectant, les accidents secondaires font toujours défaut, ce qui revient à dire que la syphilis constitutionnelle ne se développe pas plus chez le singe que chez les autres animaux; l'homme seul en a le triste monopole.

M. Martineau, dans le fait qu'il a communiqué à la Société médicale des hôpitaux, et dont on lira plus loin la relation, a obtenu des effets primitifs de l'inoculation peut-être plus frappants encore que ceux d'Auzias Turenne : faut-il en conclure qu'il a résolu le problème ? Ce serait aller à l'encontre de l'enseignement qui se dégage des expériences que nous venons à dessein de rappeler. Non, on ne peut rien conclure tant que la syphilis n'aura pas suivi une évolution complète et n'aura pas fait souche dans l'espèce simienne. La communication, d'ailleurs très intéressante, de M. Martineau, ne doit donc être considérée que comme une préface aux recherches ultérieures qu'il se propose de poursuivre.

— M. G. COLIN a adressé à l'Académie des sciences un mémoire dont on lira les trois conclusions principales au compte rendu de cette Académie. Nous les signalons simplement ici parce qu'elles confirment les idées que nous avons exposées dans le dernier numéro sur l'origine de la spécificité pathogénique des micro-organismes.

Dr F. DE RANSE.

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA MORT RAPIDE DANS LA PNEUMONIE.

Leçon de M. le professeur HARDY, à l'hôpital de la Charité, recueillie par M. Varèle et revue par le professeur.

Messieurs,

J'interromps aujourd'hui mes leçons sur la chlorose pour vous parler d'un fait qui s'est passé jeudi dans notre service.

La veille au soir, le mercredi, une femme âgée de 72 ans était entrée dans nos salles dans un état grave. Elle était pâle, infiltrée ; les membres inférieurs et la face étaient œdématiés ; la faiblesse était très grande. De plus, cette femme se plaignait d'une certaine oppression depuis plusieurs mois, vive surtout depuis vingt-quatre heures. En un mot elle avait toutes les apparences d'une malade atteinte d'une affection du cœur assez avancée. Cependant ce n'était point là la cause qui l'avait déterminée à venir à l'hôpital. Depuis lundi, dans l'après-midi, elle éprouvait une vive douleur dans le côté droit. Les accidents avaient débuté par un violent frisson qui n'avait pas duré moins d'une heure et avait été suivi d'une chaleur intense de la peau. Le lendemain elle commençait à tousser et crachait du sang.

A son entrée à l'hôpital, la douleur de côté persistait encore ; à l'auscultation on percevait à droite, en bas et en arrière, un râle sous-crépitant assez fin. Quant à la percussion de la poitrine, elle donnait peu de chose : une matité très légère du côté malade. La toux continuait et s'accompagnait d'une expectoration de crachats rosés, visqueux, glutineux, tout à fait caractéristiques de la pneumonie. Il y avait une fièvre assez intense; la température était à 39°8, et le pouls donnait 120 pulsations par minute.

Lorsque, à mon arrivée dans le service, jeudi matin, je vis la malade, je constatai tout d'abord un facies rouge, animé, aux pommettes cramoisies, coloration qui disparaissait sous la pression pour revenir dès que celle-ci cessait. Cette femme était anhélante ; sa respiration était très fré-

quente et difficile. De loin, on entendait un bruit respiratoire anormal, un gros râle trachéal. Si l'on examinait son crachoir, on le trouvait rempli d'une grande quantité de crachats de couleur rose brique, mousseux, formant une masse glutineuse, adhérente à ses parois. Comme phénomènes généraux, la température était, au moment de ma visite, à 39°, 4 ; le nombre des pulsations était de 124, et les jambes étaient notablement œdématiées.

Si, maintenant, on consultait la poitrine, on trouvait des phénomènes différents de ceux qui avaient été observés la veille. Ainsi l'on entendait, non plus borné à la partie inférieure du poumon droit, mais dans toute la poitrine, tant à droite qu'à gauche, en bas et en haut, un râle sous-crépitant, dont l'étendue indiquait que certains accidents, localisés encore la veille à une portion du poumon droit, s'étaient généralisés. Par contre la percussion ne donnait toujours que très peu de renseignements.

Il s'agissait donc d'une violente congestion pulmonaire ayant amené une anhélation considérable; l'air ne pénétrait plus que très difficilement et très imparfaitement dans les vésicules du poumon ; de là un défaut d'oxygénation du sang et de la cyanose. De plus, si l'on tenait compte des phénomènes de début de la maladie, c'est-à-dire d'un violent frisson initial, de la douleur de côté, de la toux et des caractères de l'expectoration, nous devions diagnostiquer aussi une pneumonie droite.

En résumé, nous avions affaire à une pneumonie sur laquelle, au moment où nous examinions la malade, ou mieux, depuis la veille, s'était entée une congestion pulmonaire extrêmement intense et généralisée, dont la gravité devait faire redouter une terminaison promptement fatale.

En effet, pendant que nous procédions à l'examen de cette femme, nous avons vu la respiration, déjà très gênée, s'embarrasser davantage, s'arrêter même pendant quelques secondes, pour reprendre l'instant d'après. Bientôt même la malade ne répondait plus à nos questions ; nous la voyions s'affaisser rapidement, le pouls faiblissait de plus en plus, la teinte cyanosée des pommettes elle-même diminuait, s'effaçait progressivement et se trouvait peu à peu remplacée par une pâleur de plus en plus prononcée. La face devenait hippocratique, selon la vieille expression, les traits se tiraient, le nez s'effilait, la peau des extrémités se refroidissait. La respiration devenait de plus en plus difficile et bruyante tout à la fois. Enfin, les accidents prenaient tout à coup une marche si rapide qu'un quart d'heure plus tard les mouvements de la respiration avaient cessé et que notre malade était morte.

Il y aurait là réellement quelque chose d'anomal dans une mort aussi foudroyante, survenant, pour ainsi dire, au moment où la malade nous répondait encore très nettement; il y aurait, disons-nous, quelque chose d'anomal si nous n'avions assisté positivement aux phénomènes d'une asphyxie extrêmement rapide.

Cette femme, en effet, est morte par asphyxie. Il est certain aussi qu'elle devait être déjà sérieusement atteinte, avant la maladie à laquelle elle a succombé, de quelque autre affection qu'il nous reste maintenant à déterminer. Le diagnostic en est assez difficile et nous sommes quelque peu embarrassés pour nous prononcer, car c'est à peine si nous avions eu le temps d'examiner la malade ; et les renseignements sur ses antécédents morbides nous faisaient complètement défaut. De plus, son cœur, ausculté avec soin, mais une seule fois seulement et, pour ainsi dire, dans les derniers moments de la vie, ne nous disait pas grand'chose. Cependant, il devait être, selon toutes probabilités, le siége de quelque lésion organique, car le pouls était irrégulier et les jambes étaient enflées. Si, d'autre part, en l'auscultant minutieusement, nous n'entendions aucun bruit anomal, nous devions tenir compte de la fièvre intense et de l'affection aiguë survenue depuis trois jours à peine. En somme, nous avons soupçonné l'existence d'une affection cardiaque, d'ancienne date, sans pouvoir déterminer sa nature, tandis que, d'autre part, il était de toute évidence, pour nous, que cette femme était atteinte, depuis lundi, d'une pneumonie aiguë, siégeant du côté droit, pneumonie fibrineuse du lobe inférieur, ainsi que le démontraient nettement le frisson initial, le point de côté, les caractères de l'expectoration et les phénomènes de la respiration perçus à l'auscultation, dès la veille au soir, par notre chef de clinique. La pneumonie en était peut-être encore à la fin du premier degré, il s'y mêlait du deuxième degré ; en tous cas, le troisième n'était certainement pas encore atteint.

La pneumonie, cependant, n'est pas la maladie à laquelle cette femme a succombé le jeudi, lorsque nous l'avons examinée; il y avait alors diffusion des signes physiques, c'est-à-dire une congestion pulmonaire généralisée ayant eu son point de départ dans la pneumonie elle-même et dans l'affection organique du cœur. Cette dernière avait favorisé le développement de la stase sanguine, par suite l'asphyxie rapidement mortelle à laquelle la malade avait succombé.

Comme traitement, nous n'avons pas eu le temps d'agir, tant la mort est survenue promptement. Pourtant nous avions déjà prescrit des ventouses sèches, ainsi qu'un grand et large vésicatoire dans le dos, nous avions recommandé de continuer la potion tonique au cognac, administrée depuis l'arrivée de la malade à l'hôpital. Enfin nous avions espéré, un instant, parvenir à ranimer suffisamment cette femme, pour avoir le temps d'agir, en pratiquant des injections sous-cutanées d'éther. Mais il était déjà trop tard pour que l'absorption fût possible.

Cette observation exposée dans tous ses détails, je dois vous dire quelques mots sur la mort dans la pneumonie. Dans cette affection la mort rapide n'est pas une terminaison tout à fait insolite. On voit quelquefois des malades atteints de pneumonie succomber aussi rapidement, presque en causant. Laënnec, qui a si bien étudié cette affection, disait, en parlant de ses terminaisons, que la mort était rare au premier degré, tandis qu'elle était fréquente au second et au troisième degré. Il ajoutait que, si elle survenait parfois au premier degré, elle était la conséquence d'une congestion survenue rapidement et généralisée, et qu'elle avait lieu, dans ce cas, non par le fait même de la maladie, mais par l'étendue de la lésion secondaire et par l'asphyxie rapide qui en résultait.

Pour moi, la mort rapide dans la pneumonie peut avoir lieu à toutes les périodes, soit par l'asphyxie dont je viens de parler, soit aussi par la formation de caillots fibrineux dans les cavités du cœur. Ici, dans le cas qui nous occupe tout particulièrement, je ne crois pas à la présence des caillots fibrineux dans les cavités du cœur : je crois bien plutôt que la mort a été, comme je vous l'ai déjà dit en commençant, le résultat de la congestion pulmonaire généralisée, parce que les râles s'entendaient dans toute la poitrine, parce que nous n'avons rien perçu de caractéristique du côté du cœur, enfin parce que l'on n'a pas observé la moindre syncope. Si donc, à l'autopsie,

nous trouvions quelques caillots dans le cœur, je crois pouvoir dire, à l'avance, qu'ils seraient la conséquence de l'agonie et non la cause de la mort de notre malade.

Autopsie. — Nous avons enlevé les organes thoraciques pour les examiner devant vous. Tout d'abord, comme aspect extérieur, nous trouvons un poumon droit, affectant une coloration brune très foncée, plus volumineux qu'à l'état normal, et formant une saillie assez considérable à la base. A sa surface on aperçoit quelques pseudo-membranes, traces d'un peu de pleurésie concomitante. Au toucher, on ne sent pas la moindre crépitation, mais le tissu pulmonaire est résistant et présente un certain degré d'induration, induration *apparente* seulement, sur laquelle je reviendrai tout à l'heure, formant une sorte de noyau à la base du poumon. On voit aussi quelques ecchymoses à sa surface. Si l'on incise le poumon droit, on aperçoit une certaine quantité de pus qui s'échappe des bronches; quant au tissu pulmonaire lui-même, il ressemble à celui du foie, il ne contient point d'air et lorsqu'on en projette un fragment dans l'eau on le voit tomber aussitôt au fond du vase, de telle sorte que nous pouvons affirmer déjà que la pneumonie en était arrivée au second degré.

J'ai dit tout à l'heure que l'induration de certains points du poumon droit était purement *apparente*; cela est parfaitement vrai, et il suffit, pour en avoir la preuve, de presser quelque peu entre les doigts un fragment quelconque de ce poumon: on reconnaît alors que, loin d'être induré, il est parfaitement ramolli et qu'il se déchire avec la plus grande facilité.

Si l'on vient à pratiquer différentes coupes, on aperçoit une surface granuleuse caractéristique de la pneumonie au second degré. Enfin, au sommet du poumon droit, on constate l'existence d'une congestion intense. En résumé, nous trouvons dans l'organe que nous examinons tous les caractères de la pneumonie au deuxième degré: ramollissement, coloration, état granuleux, absence d'air et chute au fond de l'eau.

Quant au poumon du côté gauche, il est spumeux et fortement congestionné, il contient encore une certaine quantité d'air dans ses vésicules et surnage dans l'eau où on le projette; enfin il n'est nullement ramolli et ne se laisse pas déchirer. Il ne présente, en un mot, aucune trace d'inflammation.

Si nous examinons maintenant l'organe cardiaque, nous verrons un cœur gras, volumineux, présentant une hypertrophie concentrique tellement considérable que ses cavités ont presque disparu sous le développement énorme de leurs parois. Cette hypertrophie est surtout remarquable sur le ventricule gauche. Ceci nous permet de prévoir l'existence de quelque affection de l'aorte ou de son orifice. En effet, si nous poursuivons notre examen, nous trouvons l'aorte dilatée, ses valvules légèrement insuffisantes, rugueuses, athéromateuses. Par contre, l'orifice mitral et sa valvule sont restés parfaitement sains. Si la lésion de l'aorte est un peu moins avancée que nous étions en droit de le supposer, elle est suffisante cependant, vu l'état hypertrophique du cœur, pour avoir certainement contribué à la congestion pulmonaire et déterminé, en partie du moins, l'asphyxie à laquelle notre malade a succombé.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis, par le docteur Spilmann (de Nancy).

Tour à tour recommandée et proscrite, l'excision du chancre a été depuis quelques années remise en honneur par les Allemands, et, à en croire leurs observations, le succès aurait couronné leurs tentatives. En France, MM. Mauriac, Terrillon, Quinquaud, n'ont eu que des insuccès, et M. Ricord, après avoir été à un moment partisan de la destruction préventive du chancre, en est aujourd'hui l'adversaire le plus résolu. En présence de ces résultats contradictoires, M. Spilmann a voulu à son tour expérimenter cette méthode, et il nous donne la relation de huit faits dans lesquels l'opération a été pratiquée par lui, et les malades observés un temps suffisant après l'excision. Les résultats auxquels il est arrivé ne sont pas encourageants; dans deux cas, il est vrai, le chancre n'a pas été suivi d'accidents secondaires. Mais, ajoute l'auteur, n'observe-t-on pas souvent cette innocuité relative en l'absence de toute opération? Dans les six autres cas, l'excision pratiquée à une époque très voisine du début du chancre, dans deux cas même avant l'apparition de la période ganglionnaire, n'a paru modifier en rien l'évolution ultérieure de la syphilis. Il y a même une observation où l'excision semble avoir imprimé à la marche de la maladie un caractère anormal. Si peu nombreuses que soient ces expériences, elles n'en ont pas moins une grande valeur, et sans se prononcer d'une façon absolue sur la valeur de l'excision, on peut affirmer que ce prétendu préservatif est, même employé dès le début, le plus souvent illusoire. Quelque théorie que l'on adopte sur la nature du virus syphilitique et sur la signification de la période d'incubation, quelque peu grave que soit en elle-même l'opération sanglante, les faits sont là, les résultats obtenus en France par les différents expérimentateurs sont nuls, et nous croyons qu'il sera sage de ne point compliquer d'un traumatisme, si inoffensif soit-il, les débuts d'une affection diathésique suffisamment débilitante par elle-même. (Revue médicale de l'Est, nos 8 et 9, avril-mai, 1882.)

Excision et auto-inoculation intra-veineuse du chancre syphilitique, par le docteur Aubert (de Lyon).

Presque en même temps que le travail de M. Spilmann que nous venons d'analyser, le chirurgien en chef de l'Antiquaille à Lyon publiait une *note préventive* sur le même sujet. S'appuyant sur des idées théoriques, tirant des idées de M. Pasteur sur les virus et les vaccinations des conclusions assurément prématurées, M. Aubert se montre favorable à la pratique de l'excision; il va même plus loin; si les ganglions de l'aine sont déjà engorgés, il ne craint pas de les extirper, ou bien il cherche à y neutraliser le virus par des injections interstitielles de peptonate de mercure. Les observations de l'auteur sont encore trop récentes, dit-il, pour pouvoir être publiées, et il convient de les attendre pour porter un jugement définitif sur la valeur de cette pratique, ainsi que sur la valeur d'une sorte de vaccination que propose M. Aubert, vaccination intra-veineuse faite sur le malade avec le pus même de son chancre. Tout cela paraît à première vue bien théorique;

et ni les expériences de M. Pasteur, ni celles de M. Galtier sur la rage, ne nous paraissent applicables à la syphilis. Mais encore une fois, M. Aubert a promis des observations, et nous les attendrons pour savoir si elles infirment ou si elles confirment ses théories. (LYON MÉDICAL, no du 2 avril 1882.)

NOUVEAUX CAS DE MALADIE DES ROSEAUX, par M. le docteur BALTUS (de Lille).

On connaît depuis longtemps cette maladie toute spéciale qui affecte les cannissiers, ouvriers employés à la manipulation des tiges du roseau, *Arundo donax*. Mais, bien que l'attention des hygiénistes soit appelée sur ce point, les observations sont rares, d'autant que cette industrie, confinée dans la Provence, ne permet guère aux observations de se généraliser. M. Baltus en a étudié un cas bien complet dans les environs de Frontignan (Hérault). Après un travail de plusieurs heures pour charger sur une voiture des roseaux coupés depuis un an et entassés dans une fosse humide, un homme de 47 ans et son fils, âgé de 17, furent pris presque en même temps de démangeaisons douloureuses dans le nez, les yeux et la gorge. Un gonflement érythémateux ne tarda pas à se montrer sur ces points, et s'étendit aux mains, à la ceinture et aux organes génitaux; sur le fond rouge, se montrent une multitude de petites pustules acuminées, à sommet brillant; les conjonctives sont rouges, les yeux larmoyants; toux légère. Le lendemain quatre personnes, trois adultes et une petite fille, qui avaient touché aux roseaux déposés dans la ferme présentèrent les mêmes symptômes, mais à un degré moindre. Enfin, quatre chats et trois chiens, qui avaient pris leurs ébats dans les mêmes roseaux, présentèrent sur le museau et les narines des croûtes rouges et douloureuses. Chez tous les malades l'affection fut bénigne et disparut en quelque jours par la seule application de compresses trempées dans l'eau froide.

L'examen des roseaux incriminés permit d'y reconnaître la présence de moisissures composées de spores et de mycelium d'un champignon. M. le professeur Planchon a démontré que ce champignon appartient à la classe des mucédinées, genre sporotrichum, *sporotrichum dermatodes*. L'action prolongée de l'humidité sur les tiges de l'*Arundo donax*, suffit pour développer cette moisissure: les spores s'échappent en poussières pendant les diverses manipulations des tiges, se déposent sur les parties du tégument non recouvertes, et produisent une irritation toute locale et passagère. Dans le cas de M. Baltus, et dans des observations de divers auteurs, on voit les animaux atteints comme l'homme. Pour n'être pas grave, cette maladie professionnelle peut cependant produire une maladie réelle, qui se prolonge pendant une dizaine de jours, et dans un cas même on l'a vu amener la mort chez un vieillard de 71 ans. Il est donc nécessaire de prendre quelques mesures préventives, et elles sont fort simples. Le lavage des roseaux à grande eau avant toute manipulation, le lavage à l'eau de la figure et des mains après le travail, suffisent pour prévenir à coup sûr la maladie des cannissiers. (*Journal des Sciences Médicales de Lille, n. du 5 mai 1882*).

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE GENÈVE

TRAVAUX DES SECTIONS

4e section (Présidence de M. le docteur A. DUVAL

Suite. — Voir les numéros 30, 39, 40, 41, 42, 44 48, 49, 50 et 51.

M. le docteur KUBORN (de Liége), étant absent, n'a pu développer la question qu'il s'était chargé de traiter: *De l'influence des programmes scolares sur la santé des enfants*.

La lecture des conclusions de son travail a été suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. DALLY, NAPIAS, ROTH (de Londres), LUBELSKI (de Varsovie), JOEL (de Rolle) et GIBERT (du Havre). Cette discussion a porté principalement: 1. Sur la durée des exercices gymnastiques que M. Kuborn ne voudrait être que d'un quart d'heure par jour tandis que M. Dally les veut d'une heure; — 2. Sur la nature de ces exercices, que MM. Roth et Joel préféreraient sans appareils. M. Dally pense qu'on doit à la gymnastique sans appareils ajouter quelques exercices acrobatiques, de manière à ce que tout le monde puisse être par exemple pompier à l'occasion; — 3. Sur l'âge auquel il convient de faire commencer les exercices de gymnastique. M. Kuborn demande que les enfants y soient astreints dès l'âge de sept ans; M. Dally préfère l'âge de 10 ans.

La section a décidé qu'il y aurait lieu d'étudier d'ici au prochain Congrès les questions de température, de chauffage et de ventilation dans le milieu scolaire.

— M. le docteur DE SIKORSKY (de Saint-Pétersbourg), lit un travail sur les causes qui rendent difficile l'éducation des enfants. Il a fait ses recherches à l'école de Wolkx, sorte d'établissement de correction où sont envoyés tous les enfants qui ont été chassés des écoles militaires, et il a trouvé chez ces enfants et adolescents cinq types psychiques principaux.

1. Constitution neuro-psychique facilement irritable (50 à 60 0/0) — 2. Prédominance de la croissance organique devançant le développement intellectuel ou inversement développement de l'intelligence précédant la croissance (15 0/0); — 3. Développement trop rapide (10 0/0); — 4. Agitation inquiète, indiscipline, incontinence nocturne d'urine (5 à 6 0/0); — 5. Anomalies tenaces, chez des enfants ayant, dans leurs antécédents héréditaires, des névroses graves (15 à 17 0/0).

— M. le docteur CASTELLA (de Fribourg) lit un rapport sur *l'enseignement de l'hygiène dans les écoles des Etats d'Europe et des Etats Unis d'Amérique*. Après un relevé statistique complet, l'auteur émet le vœu que le Congrès d'hygiène réclame auprès des gouvernements un enseignement de l'hygiène dans les écoles à tous les degrés.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. NAPIAS, D'ESPINE, VINCENT DU CLAUX, DROUINEAU, LUBELSKI, ROTH, JACQUEMET (de Montpellier), HUART (de Bruxelles), BIELER (de Lausanne), E. R. PERRIN (de Paris), les conclusions de M. Castella sont approuvées par la section.

— M. le docteur H. COHN, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Berlin, étant absent pour cause de maladie, il est donné lecture des conclusions de son rapport sur la *nécessité de nommer dans tous les pays des médecins scolaires*. M. Cohn réclame une inspection hygiénique officielle de toutes les écoles, la nomination d'un médecin scolaire supérieur, d'un médecin scolaire provincial et d'un médecin local pour chaque école de mille enfants et au-dessous.

M. NAPIAS appuie les conclusions du rapporteur et donne quel-

ques renseignements sur le mode de nomination des médecins inspecteurs scolaires à Paris, ainsi que dans un certain nombre de villes de province.

M. HUART (de Bruxelles) signale des observations qui sont faites en Belgique depuis 1880, sur la vue, la capacité thoracique, etc., des enfants des écoles.

M. LUBELSKI dit que les médecins scolaires en Pologne sont astreints à deux inspections des écoles par semaine. Il donne des détails déplorables sur la propreté de la plupart des écoles primaires juives.

—M. le docteur GIBERT (du Havre) fait une communication sur *les traitements des maladies parasitaires de la peau*. Il propose d'avoir dans les écoles un local spécial pour les teigneux. On devrait, en outre, donner des leçons aux instituteurs pour leur faire connaître la teigne et les moyens de la combattre.

M. JOEL signale la rareté du favus, et, au contraire, la très grande fréquence de l'*herpès tonsurans* dans les écoles de Lausanne.

—M. de SIKORSKY (de Saint-Pétersbourg), lit un travail sur *les maladies nerveuses des enfants d'âge scolaire*. Il a recueilli des observations sur dix d'entre elles: 1. la céphalalgie et la migraine; 2. le goître; 3. la maladie de Basedow; 4. l'incontinence d'urine; 5. le bégaiement; 6. la chorée; 7. l'hystérie; 8. l'épilepsie; 9. la crampe des écrivains; 10. l'aliénation mentale.

M. DALLY se demande s'il ne faudrait pas partout suivre l'exemple de la Russie, et créer des écoles spéciales pour les enfants névropathes et difficiles.

— M. GALTIER (de Lyon), lit un mémoire sur *l'étiologie de la morve*. Il rend compte d'inoculations faites sur le chien qui est un excellent réactif pour le virus morveux, qui y résiste assez bien et auquel on peut faire des inoculations successives, toujours suivies de succès; le virus morveux ainsi recueilli sur un chien inoculé suffit pour tuer un âne. Il a pu s'assurer ainsi que la salive de l'animal morveux est virulente, fait qui explique comment l'homme peut être contagionné par tous les objets qui ont été souillés par cette salive. Combien de temps le virus morveux se conserve-t-il à l'air? Les expériences de l'auteur lui ont prouvé que la dessiccation à 10° ou 15° suffit souvent pour le rendre inoffensif au bout de 4 à 5 jours, mais qu'il conserve sa puissance plus longtemps dans l'eau, pendant 12 jours, quand il ne se putréfie pas, pendant 9 jours seulement s'il se putréfie, d'où la contagion fréquente des chevaux par les abreuvoirs. Les meilleurs désinfectants pour les objets souillés par le contage morveux paraissent être la chaleur, l'acide sulfurique et l'acide arsénique. La meilleure prophylaxie de la morve consiste à éviter avec soin toute excoriation de la peau. En cas de plaie souillée par le contage morveux, une cautérisation immédiate et profonde est le seul moyen d'empêcher l'éclosion de la morve.

M. BIELER (de Lausanne) insiste sur la longueur de la période latente d'inoculation de la morve, qui empêche souvent de faire procéder à temps à l'abatage. Il cite un cas de farcin aigu survenu chez le propriétaire d'un cheval, qui ne fut reconnu morveux que par l'autopsie dix mois après.

—M. VAN OVERBECK DE MEYER lit son rapport sur la *prophylaxie internationale de la rage*. Il réclame la diminution du nombre des chiens, le musellement obligatoire, etc.

Les conclusions du rapporteur ont été, après une longue discussion, adoptées par la section, qui y a ajouté un vœu formulé par MM. Félix (de Bucharest), et Jacquemet, réclamant la vulgarisation dans les écoles des brochures sur la rage.

— M. DUPLESSIS, vétérinaire principal de l'armée française, donne lecture d'un important travail sur la *Prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses chez les animaux domestiques et chez le cheval de guerre en particulier*.

M. le docteur RICHARD (du Cantal), et BIELER approuvent complètement les vœux de M. Duplessis relatifs à l'étude de la médecine comparée.

—Le docteur ALBRECHT (de Neufchâtel), privat-docent à l'Université de Berne, préconise le lait de vache comme succédané du lait de femme. Les vaches fournissent un lait bien supérieur à celui des autres animaux, à condition qu'on choisisse scrupuleusement ces vaches, qu'on les nourrisse d'un fourrage sec, que l'on surveille l'état de l'étable.

M. le docteur DALLY (de Paris) a fait une conférence des plus écoutées, non seulement devant les hygiénistes, mais aussi devant les *régents* et les *régentes* convoqués à cet effet par le département de l'Instruction publique de Genève. Il a exposé avec la compétence qu'on lui connaît en orthopédie, les conséquences fâcheuses et souvent déplorables que peuvent avoir pour les enfants les écoles mal installées, mal surveillées et mal dirigées: déformations diverses, déviations du rachis, strabisme, croissance irrégulière, etc.

(*A suivre*.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 décembre 1882. — Présidence de M. JAMIN.

PHISIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RAGE, PAR M. PAUL BERT.

A l'occasion de l'importante communication faite, dans la dernière séance, par notre illustre confrère M. Pasteur, je crois devoir faire connaître à l'Académie les résultats de quelques expériences qui datent de 1878 et 1879. Ces expériences, n'ayant été indiquées qu'en quelques lignes dans les *Comptes rendus de la Société de Biologie* et dans l'*Exposé de mes Travaux scientifiques*, sont restées à peu près inconnues; elles me paraissent cependant mériter d'être rappelées, au moment où les recherches de M. Pasteur vont faire entrer dans une phase nouvelle l'histoire de la maladie rabique.

1. J'ai opéré, d'un chien en pleine rage furieuse à un chien sain, la transfusion réciproque de la totalité du sang. Le chien sain, gardé pendant près d'une année, n'a présenté aucun symptôme rabique. L'état général a été amélioré chez le chien enragé, qui paraît avoir gagné à l'opération 48 heures de survie.

2. J'ai recherché dans lequel des éléments complexes qui forment la bave du chien enragé se trouve le virus rabique. Cette bave contient, en effet, les salives parotidienne, submaxillaire, sublinguale, le mucus buccal, du mucus broncho-pulmonaire.

J'ai donc inoculé à des séries de chiens soit le mucus pris dans les bronches, soit le suc exprimé des diverses glandes salivaires de chiens assommés au plus fort de la rage.

Or, les liquides salivaires n'ont jamais communiqué la rage, tandis que celle-ci est survenue après l'inoculation du mucus provenant des voies respiratoires: c'est donc là qu'est le virus rabique. Et ceci explique en grande partie l'inégalité d'action des baves de chiens enragés.

3. J'ai remarqué que les salives des chiens enragés, si elles ne communiquent pas la rage, amènent très fréquemment la mort des animaux auxquels on les inocule, en produisant des accidents locaux graves, de vastes décollements cutanés. Ce sont même ces accidents qui m'ont empêché de poursuivre mes expériences.

« Sur quinze inoculations, disais-je en 1878, il y a eu sept suppurations ayant quatre fois entraîné la mort. Il semble donc que, chez les animaux rabiques, les tissus aient des propriétés septiques, indépendamment de la rage. »

L'Académie sait comment l'explication de cette action de la salive a été donnée par la découverte, due à M. Pasteur, du microbe salivaire, très abondant dans la salive rabique.

4. La bave de chien enragé, filtrée sur le plâtre, s'est montrée inoffensive, tandis que la partie restée sur le filtre a donné la rage. Il était donc très vraisemblable que celle-ci est due à un microbe.

5. La salive buccale du chien enragé transforme l'amidon en glycose, comme celle du chien sain.

L'exécution de ces expériences m'a été rendue possible grâce à l'empressement de M. Bourrel, vétérinaire bien connu par ses intéressants travaux sur l'émoussement des dents, considéré comme mesure préventive de l'inoculation rabique.

Physiologie expérimentale. — Production de l'anesthésie chirurgicale, par l'action combinée du protoxyde d'azote et du chloroforme. Note de M. L. de Saint-Martin, présentée par M. Berthelot.

D'après les expériences entreprises par l'auteur sur lui-même et sur des animaux, le mélange de 85 vol. de protoxyde d'azote et de 15 vol. d'oxygène additionné par hectolitre de 6 gr. à 7 gr. de chloroforme, produit très rapidement l'anesthésie et paraît supprimer la période d'excitation, le chloroforme étant beaucoup plus dilué, si l'on peut s'exprimer ainsi, et ne produisant plus, dans ces conditions, d'action irritante sur les premières voies respiratoires.

La zone maniable de ce mélange anesthésique est évidemment plus étendue que celle du chloroforme ; elle doit être comprise entre celle de ce dernier agent et celle du protoxyde d'azote.

On pourra, à l'aide de cette méthode, profiter en grande partie de la supériorité du protoxyde d'azote comme agent anesthésique, tout en évitant la condition d'opérer sous pression...

Physiologie expérimentale. — Expériences pour servir a l'étude des propriétés physiologiques du chlorure d'oxéthylquinoléine-ammonium. Note de M. Bochefontaine, présentée par M. Vulpian.

D'après cette première série d'expériences, dit l'auteur, le chlorure d'oxéthylquinoléine-ammonium n'a pas d'action sur les muscles, sur les centres nerveux ni sur les nerfs sensibles.

Ce sel agit, sur la grenouille au moins, à la façon du curare, c'est-à-dire en empêchant les excitations motrices de passer du nerf au muscle. De plus, il agit sur le cœur pour en ralentir considérablement les battements, propriété que le curare ne possède pas.

Le manque de substance n'a pas permis de pousser plus avant cette étude qui, d'ailleurs, sera poursuivie.

Séance du 26 décembre 1882. — Présidence de M. Jamin.

Physiologie animale. — De l'évolution des organismes microscopiques sur l'animal vivant, dans le cadavre et les produits morbides. — Mémoire de M. G. Colin, présenté par M. Gosselin. (Extrait par l'auteur.)

Trois faits principaux sont établis dans ce travail :

1o Il n'est pas un point des appareils respiratoires et digestifs où les microbes fassent défaut, et il est beaucoup de ces points où ces êtres sont en prodigieuse quantité ;

2o Dans les conditions normales, tous les liquides à microbes (salive buccale, mucosités pharyngiennes, gastriques et intestinales) sont inoffensifs. Les êtres microscopiques ne leur communiquent aucune propriété nocive ou de virulence. Ces liquides ne deviennent dangereux que par suite d'une altération putride plus ou moins avancée, et alors tous les effets qu'ils produisent sont d'une commune nature, la septicité.

3o Les microbes ou les germes des microbes des voies respiratoires et digestives sont très probablement, sur l'animal vivant, portés dans une foule de points, par les courants de diffusion et très certainement, sur le cadavre, dans toutes les parties du corps, où ils se développent s'ils trouvent des conditions favorables.

Physiologie. — Sur l'action physiologique du café. Note de M. Guimaraes, présentée par M. Vulpian.

Si l'on compare, dit l'auteur, les diverses recherches qu'il a poursuivies avec des doses moyennes ou fortes sur des chiens inanitiés ou alimentés à volonté, on voit que le café a toujours produit immédiatement un mouvement plus rapide des désassimilations. Seulement, quand on a fait ingérer des doses moyennes, le mouvement d'assimilation a repris le dessus au bout de quelques jours ; et sur les mêmes animaux l'activité plus grande de la nutrition a coïncidé avec une augmentation marquée de la pression du sang, avec l'accélération du cœur et de la respiration, comme aussi avec un accroissement léger de la température rectale et de l'excitabilité des centres nerveux. Il a fallu des doses plus fortes ou mal supportées pour entraîner des phénomènes inverses de ralentissement du cœur, d'abaissement de la pression et de la température.

La valeur du café, établie depuis longtemps par l'empirisme, devient ainsi facile à comprendre ; cette substance, utile directement par ses principes assimilables, l'est surtout indirectement par la plus grande quantité de nourriture azotée qu'elle fait consommer. Elle est aussi probablement supérieure aux excitants, comme l'alcool, parce que, prise à doses déjà élevées, elle laisse parfait l'équilibre d'assimilation et de désassimilation, tout en permettant aux tissus de s'user et de consommer davantage.

Bien des points restent obscurs dans le mécanisme de cette impulsion donnée aux fonctions organiques les plus importantes, et il faudra faire des analyses du sang et des produits respiratoires, étudier mieux l'influence certaine de l'espèce ou du régime, avant d'essayer une interprétation précise. Mais, dès aujourd'hui, on sait pourquoi l'usage du café est utile à tous ceux qui veulent se livrer à un fonctionnement actif : il agit à la fois comme excitant et comme réparateur et, en permettant une dépense et une consommation plus grandes de substances azotées, il augmente évidemment la puissance de travail.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 janvier 1883. — Présidence de M. Hardy.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Gustave Bouchardat, comme membre titulaire dans la section de physique et de chimie, en remplacement de M. Bussy.

Sur l'invitation de M. le président, M. Bouchardat prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend des lettres de MM. les docteurs Vallin, Mauriac et Lunier, qui se présentent comme candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale.

M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de MM. les docteurs Laveran et Teissier (de Lyon), un exemplaire de la deuxième édition de leur ouvrage en deux volumes intitulé *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales.*

M. Bouley présente, au nom de MM. Nocard et Mollereau, une note intitulée : *De l'emploi de l'eau oxygénée comme moyen d'atténuation de certains virus.*

Il résulte de cette note que le virus du charbon symptomatique, par exemple, suffisamment étendu d'eau oxygénée, devient incapable de causer la mort, tout en procurant aux animaux inoculés une immunité relative pour l'action du virus un peu moins affaibli.

M. Bouley présente en outre, au nom de M. Galtier, professeur de police sanitaire, de jurisprudence commerciale et de médecine

légale à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, un ouvrage en deux volumes intitulé : *Traité de jurisprudence commerciale et de médecine légale vétérinaire.*

M. ALFRED FOURNIER présente, au nom de M. le docteur Poyet, un ouvrage intitulé : *Précis de laryngologie et de laryngoscopie.*

— M. le président GAVARRET rend compte de la visite faite, suivant l'usage, par le bureau de l'Académie, à M. le ministre de l'instruction publique, à l'occasion du jour de l'an. Comme tous ses prédécesseurs, M. Gavarret a appelé l'attention de M. le ministre sur l'insuffisance du local occupé par l'Académie et sur la nécessité de protéger les collections contre l'action destructive de la poussière et de l'humidité; comme tous ses prédécesseurs aussi, M. le ministre a écouté avec bienveillance les doléances de M. le président, a fait entendre de bonnes paroles et a promis de s'occuper de donner satisfaction aux réclamations légitimes que l'Académie fait entendre en vain depuis 50 ans.

M. le président a ensuite présenté, dans une esquisse rapide, l'exposé des travaux accomplis par l'Académie pendant l'année qui vient de s'écouler; il a payé un tribut de regrets aux membres que la mort a frappés : Bussy, Pidoux, Amédée Latour, Woillez Hillairet, Davaine; il a souhaité la bienvenue à ceux que l'Académie a appelés à les remplacer : MM. Mesnet, Mathias Duval, Bucquoy, Potain, Gariel et G. Bouchardat.

Il a terminé en remerciant ses collègues de l'honneur qu'ils ont bien voulu lui faire en le plaçant à leur tête et en l'appelant à diriger leurs séances pendant l'année 1883

Le discours de M. Gavarret a été accueilli par des applaudissements unanimes.

M. Gavarret, avant de descendre du bureau, invite M. Hardy à prendre le fauteuil de la présidence.

M. HARDY demande à l'Académie de voter des remercîments aux membres sortants du bureau, demande à laquelle l'Académie répond par ses acclamations. Il invite ensuite M. Alphonse Guérin, vice-président, et M. Proust, secrétaire annuel, à prendre leur place au bureau.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, après appel nominal, à l'élection d'un membre associé national.

La liste présentée par la commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne : M. Cazeneuve (de Lille); — en deuxième ligne, M. Leudet (de Rouen); — en troisième ligne, M. Tholozan (en Perse); — en quatrième ligne, M. Ollier (de Lyon); — en cinquième ligne, *ex æquo*, MM. Parise et Béchamp (de Lille).

Le nombre des votants étant de 75, majorité 38, M. Leudet obtint 53 suffrages, M. Cazeneuve 16, M. Ollier 3, M. Tholozan 2, M. Béchamp 1.

En conséquence, M. Leudet, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre associé national.

— M. GAUTIER lit un rapport officiel sur des demandes en autorisation d'exploiter une nouvelle source minérale pour l'usage médical.

— M. le docteur VIDAL, médecin de l'hôpital Saint-Louis, candidat pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, lit un travail intitulé : *Traitement du phagédénisme du chancre simple par l'acide pyrogallique ou pyrogallol.* Voici les conclusions de ce travail :

1. L'acide pyrogallique ou pyrogallol, en détruisant la virulence du chancre simple, arrête le phagédénisme et le transforme rapidement en une plaie ordinaire.

2. Ne déterminant qu'une douleur très modérée, de quelques minutes de durée, limitant *presque exclusivement* son action caustique aux tissus malades, d'une application facile à répartir sur tous les points envahis, le pyrogallol, incorporé dans une pommade ou mélangé dans la proportion d'un cinquième avec une poudre inerte, est, jusqu'à ce jour, le meilleur topique pour le traitement du chancre simple et de son phagédénisme.

3. Les préparations peuvent, sans danger d'une absorption suffisante pour déterminer des phénomènes toxiques, être étendues sur de larges ulcérations phagédéniques.

4. D'une efficacité remarquable pour combattre le phagédédisme du chancre simple, le pyrogallol n'a pas d'action spéciale contre le phagédénisme des ulcérations syphilitiques (phagédénisme tertiaire).

Ce travail est renvoyé à l'examen de la section constituée en comité d'élection.

— La séance est levée à quatre heures vingt-cinq.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 décembre 1882. — Présidence de M. LÉON LABBÉ.

— M. TERRIER dépose, au nom de M. Villeneuve, de Marseille, un mémoire sur « la dilatation préalable de l'urèthre dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. »

— M. TRÉLAT, à propos du procès-verbal, revient sur un malade qu'il a présenté dans une séance précédente, et auquel il a enlevé des polypes des fosses nasales par un procédé opératoire particulier. Dans ce procédé, un chirurgien de Saint-Quentin, M. Després, crut reconnaître une opération qu'il a préconisée et qu'il a décrite dans sa thèse en 1860. Le procédé de M. Trélat et celui de M. Després se ressemblent, en effet, dans certains points, mais ils en diffèrent par d'autres côtés. Ainsi M. Després, pour arriver aux polypes nasaux et naso-pharyngiens, fait une incision qui détache la sous-cloison et longe l'aile du nez; puis il détache le cartilage triangulaire, divise le vomer à son insertion palatine et se crée ainsi une large voie pour parvenir dans les fosses nasales. Ce procédé peut être un peu rapproché de celui qui a été proposé par le docteur Rouge, de Lausanne. Quant au procédé de M. Trélat, il diffère en ce que ce chirurgien respecte la sous-cloison; la section des os consiste à couper l'os propre du nez, l'apophyse orbitaire interne du frontal et les cornets. De cette façon, on se crée une grande ouverture pour arriver dans les arrières fosses nasales.

M. DESPRÈS : Il y a dans le livre de M. Guérin la description d'une opération qui ressemble beaucoup au procédé indiqué par M. Trélat.

— DE LA NÉCESSITÉ D'ABANDONNER L'INCISION DE L'IRIS DANS L'EXTRACTION DE LA CATARACTE ET DE REVENIR A L'ANCIENNE MÉTHODE FRANÇAISE. — Rapport de M. Terrier sur un travail de M. Galezowski. D'après le rapport, la méthode employée par M. Galezowski ne semble pas donner de meilleurs résultats, car sur 40 cas l'auteur a eu un retard dans la guérison, quatre iritis, dont une grave; deux hernies de l'iris et deux fois l'issue du corps vitré.

— CONTRACTURE DE LA PORTION MUSCULEUSE DU CANAL DE L'URÈTHRE, CALCUL VÉSICAL, TAILLE LATÉRALE, GUÉRISON. — Rapport de M. Chauvel sur une observation de M. Cauvy, de Béziers. Il s'agit d'un homme de 50 ans, qui avait une telle sensibilité de l'urèthre que le cathétérisme était impossible sans anesthésie préalable. Comme il avait en outre un calcul vésical, on fut obligé de renoncer à la lithotritie pour pratiquer la taille latérale. La guérison a été complète.

— La Société procède à l'élection des membres du bureau pour l'année 1883.

Sont nommés :

Président : M. Guéniot.
Vice-président : M. Marc Sée.
1er secrétaire annuel : M. Périer.
2e secrétaire annuel : M. Lucas-Championnière.
Secrétaire général : M. Horteloup.
Trésorier : M. Berger.
Archiviste : M. Terrier.

Dr HENRI BASTARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 décembre 1882. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ

PNEUMONIE DOTHIÉNENTÉRIQUE.—M. le docteur LÉPINE communique à la Société une observation de fièvre typhoïde qui, dès le début, se trouve compliquée de pneumonie. Déjà, il y a quelque temps, les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde avaient été l'objet de quelques communications à la suite desquelles on s'était demandé s'il ne s'agissait pas, en pareil cas, d'une localisation précoce de la fièvre typhoïde. S'il en était ainsi, la pneumonie survenant dans de semblables conditions mériterait une dénomination spéciale, dénomination pour laquelle M. Lépine propose le terme de pneumonie dothiénentérique Toutefois l'auteur émet le vœu d'une discussion sur cette question.

BLÉPHARITE GRANULO-ULCÉREUSE — Le malade que M. GERIN-ROZE avait présenté à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 17 février dernier, comme atteint de blépharite granulo-ulcéreuse est mort. En raison de l'analogie complète de ces granulations avec les granulations tuberculeuses que l'on observe quelquefois sur la langue, M. Gérin-Roze pensait qu'il s'agissait chez son malade d'une affection tuberculeuse. Cet homme ayant succombé, l'examen microscopique des granulations conjonctivales a pleinement confirmé le diagnostic de M. Gérin-Roze de granulations tuberculeuses.

MESURES HYGIÉNIQUES. — M. Henri CAZALIS demande, dans une lettre adressée à la Société, que les hôpitaux donnent l'exemple de leur acquiescement aux mesures récemment prescrites par le Conseil d'hygiène et de salubrité en faisant désinfecter les vêtements des typhoïdiques et de tous les malades atteints d'affections contagieuses.

LA SYPHIS CHEZ LE SINGE. — Le 16 novembre dernier, M. MARTINEAU a pratiqué des inoculations sur la peau du fourreau de la verge d'un singe à l'aide d'une aiguille à vaccin, dont l'extrémité cannelée était chargée de sérosité recueillie sur un chancre syphilitique. Ce chancre existait sur le bord antérieur de la petite lèvre droite d'une malade couchée au n° 37 de la salle Natalis Guillot, et entrée à l'hôpital Lourcine deux jours auparavant c'est-à-dire le 14 novembre.

En même temps qu'il pratiquait cette inoculation, M. Martineau procédait, chez cette malade, à une inoculation semblable sur la face interne de la cuisse droite, afin qu'il ne puisse exister aucun doute sur la réalité du chancre syphilitique, du chancre infectieux dont cette femme était atteinte. Cette inoculation a été négative.

Quant à celle qui a été pratiquée sur le singe, préalablement chloroformé, elle a été faite à la face interne et près de l'extrémité du prépuce dans trois points différents, deux latéraux et un antérieur. Jusqu'au 14 décembre aucun phénomène morbide général ou local n'a été constaté. Mais ce jour-là, c'est-à-dire 28 jours après l'inoculation sur le prépuce, on aperçut, correspondant aux points latéraux inoculés, deux chancres infectants, du volume d'une petite lentille et caractérisés par une érosion superficielle à fond lisse, uni, plutôt grisâtre que rougeâtre, à bords légèrement élevés, aplatis, non taillés à pic, non décollés et se confondant d'une part avec le centre de l'érosion, de l'autre avec les tissus environnants. Cette érosion repose sur une base indurée et donne la sensation parcheminée; l'induration est exactement limitée à l'érosion, aussi est il facile de l'énucléer des parties profondes de la peau, et des parties environnantes. Elle constitue une sorte de corps étranger analogue à celui qui sert à caractériser chez l'homme le chancre syphilitique induré. Le chancre latéral gauche est un peu plus volumineux que celui de droite.

Le surlendemain, 16 décembre, les chancres conservaient leur même aspect, mais dans l'aine gauche on constatait le développement d'un ganglion offrant le volume d'une noisette, mobile, et ne paraissant pas douloureux. La peau qui le recouvre était mobile à sa surface et ne présentait aucune modification dans sa coloration. L'état général de l'animal était excellent, la température axillaire était de 36 degrés environ. Enfin, hier 21 décembre, il s'est développé dans l'aine droite un ganglion aussi volumineux que celui de l'aine gauche et présentant les mêmes caractères de mobilité et d'indolence.

Les tentatives d'inoculation de la syphilis de l'homme au singe faites jusqu'à ce jour à l'étranger n'avaient jamais réussi et les expériences d'Auzias-Turenne n'avaient jamais été concluantes; l'observation de M. Martineau semble donc être un fait unique dans la science, il est, par suite, d'autant plus important.

L'auteur de la communication se propose, du reste, de poursuivre ses expériences en cherchant à voir maintenant si par la copulation de ce singe avec une guenon il ne parviendra pas à communiquer la syphilis à celle-ci.

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX. — M. DAMASCHINO donne lecture d'un mémoire sur les affections associées de la moelle et du cerveau et notamment sur les lésions combinées des cordons postérieurs et latéraux (sclérose spinale postéro-latérale). La coïncidence fréquente des diverses affections du cerveau et de la moelle ou des lésions systématiques combinées de cette dernière a déjà été signalée; mais, on ne semble pas avoir attaché à ces faits toute l'importance qu'ils méritent. M. Damaschino a eu assez fréquemment l'occasion de rencontrer des cas de ce genre pour les pouvoir classer dans un certain nombre de groupes principaux qui sont: 1. Affections combinées de l'encéphale et de la moelle; hémiplégie droite avec sclérose descendante du faisceau latéral développée chez un sujet ataxique; — 2. Ramollissement de la protubérance annulaire et ataxie locomotrice progressive avec sclérose descendante de l'un des faisceaux pyramidaux; — 3. Paralysie progressive et sclérose en plaques; — 4. Paralysie générale et sclérose des cordons latéraux; — 5. Ataxie locomotrice progressive, paralysie générale et sclérose des cordons latéraux; — 6 Sclérose spinale postérieure et sclérose des cordons latéraux. Cette association morbide est très certainement plus fréquente que ne tendraient à le faire supposer les quelques cas publiés jusqu'à ce jour. La dénomination qui lui convient surtout est celle de sclérose rubannée postéro-latérale de la moelle ou plus simplement de sclérose spinale postéro-latérale; — 7. Coexistence de foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement dans les deux hémisphères cérébraux. Cette coexistence donne lieu à un tableau symptomatique d'une complexité parfois extrême.

Le mémoire de M. Damaschino est accompagné de planches micro-photographiques, exécutées par lui-même d'après des coupes préparées avec l'acide osmique et qui représentent les altérations des diverses régions de la moelle épinière et du bulbe.

RAPPORT. — M. DESNOS donne lecture de son rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1882.

M. KATHERY rend compte à son tour de la situation financière de la Société.

ELECTIONS. — L'ordre du jour appelle ensuite les élections pour le renouvellement du bureau, lequel est ainsi constitué pour l'année 1883 :

Président : M. Millard.

Vice président : M. Bucquoy.

Secrétaire général : M. Desnos.

Secrétaires des séances : MM. Duguet et Troisier.

Comité de publication : MM. Cuffer, Desnos, Duguet, Kiéner et Troisier.

Conseil d'administration : MM. Cadet de Gassicourt, Du Cazal, Hallopean, Legroux et Lereboullet.

Conseil de famille : MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol, Gingeot et Labric.

La séance est levée à 5 heures.

VARÈLE.

Formulaire

L'association du chloral et du Séné réalise, d'après M. Benvenuto Bonatti (*Archivio italiano per le malattie nervose*, 1882, p. 219), un purgatif drastique qui se recommande à la fois par la promptitude et la sûreté de ses effets, et par la facilité avec laquelle le remède est accepté des malades.

Voici les deux formules indiquées par l'auteur pour la préparation de ce purgatif composé :

1o	Séné	6 grammes.
	Faire infuser dans eau	300 —
	Ajouter hydrate de chloral	1,50 à 2 grammes
	Sirop simple	30 —
	M. s. a.	
2o	Séné	12 grammes.
	Faire infuser dans eau	300 —
	Ajouter hydrate de chloral	1,50 à 3 grammes
	Sirop simple	30
	M. s. a.	

Ces préparations ont donné des effets purgatifs dans des cas où l'administration du jalap et même de l'huile de croton s'était montrée inefficace.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Examen fonctionnel de l'œil. Un vol. in-8 avec 14 planches en couleur hors texte, par le docteur Masselon, chez Octave Doin, éditeur. Paris, 1882.

L'examen méthodique de l'œil devrait aujourd'hui être familier à tous les médecins. Il est indispensable pour le diagnostic des affections oculaires les plus communes que le public pense, avec raison, devoir être connues de tous les médecins non spécialistes, et très utile pour celui de beaucoup d'affections générales, surtout de celles du système nerveux. C'est donc faire une œuvre utile que d'exposer d'une manière claire et concise, comme l'a fait M. Masselon, les moyens d'exploration qui, même sans l'examen ophthalmoscopique, permettent de déterminer presque toujours d'une manière précise la nature des différents troubles visuels. Comme moyen de diagnostic des lésions du nerf optique lui-même, l'ophthalmoscope reste, en effet, bien inférieur à l'examen fonctionnel, qui est appelé à prendre une importance de plus en plus grande.

L'ouvrage comprend la réfraction, le choix des lunettes, la perception des couleurs, le champ visuel et les mouvements des yeux.

La réfraction est traitée avec un soin particulier, mais son étude, tout en étant suffisamment complète, est dépouillée de ces formules, qui n'ont souvent d'autres résultats que de décourager beaucoup de lecteurs et de les éloigner des études ophthalmologiques.

En ce qui concerne le choix des lunettes, l'auteur insiste avec raison sur l'importance de la boîte de verres, que les ophthalmoscopes et les optomètres, malgré leur utilité incontestable, ne peuvent remplacer.

Parmi les nouvelles méthodes qui ont été proposées pour l'examen des couleurs, l'auteur passe en revue les principales. Des tableaux qui se rapportent à celles de Holmgren, de Daee, de Weber, en facilitent singulièrement l'intelligence.

Le chapitre relatif au champ visuel comprend plusieurs relevés graphiques et, pour chaque altération, un aperçu séméiologique qui en augmente l'intérêt. J'exprime le regret que celui qui traite des mouvements des yeux soit un peu court, et que les paralysies, en particulier, n'aient pas été étudiées à un point de vue plus clinique, comme le sont les altérations du champ visuel. On pourrait certainement relever encore quelques lacunes, mais l'auteur serait en droit d'objecter que s'il eût été plus complet, son ouvrage n'aurait pas atteint aussi entièrement son but, qui est celui d'un excellent manuel.

H. P.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Étude clinique sur l'absinthisme chronique, par le Dr Léon Gautier, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-8° de 107 pages, Paris, 1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Dès 1871, M. le Dr Challand s'était occupé de l'absinthisme aigu, aujourd'hui un interne de M. Lancereaux, M. Léon Gautier, dans sa thèse inaugurale, vient de consacrer, à la suite de son maître, un travail important à l'étude de l'absinthisme chronique.

On savait déjà que l'abus habituel de l'absinthe détermine une série de désordres dont quelques-uns diffèrent, soit comme degré, soit comme nature, des symptômes de l'alcoolisme ordinaire.

M. Léon Gautier nous apprend que les absinthiques sont remarquables par leur impressionnabilité, par la succession ou le mélange de l'irritabilité et de la tristesse. Si leurs rêves sont analogues à ceux des alcooliques, chez eux les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont beaucoup plus fréquentes.

Le délire absinthique, tout comme le délire alcoolique, ne survient d'ailleurs qu'à l'occasion d'une cause déterminante (affection intercurrente, émotion vive, abus excessif produisant un épisode aigu).

Les symptômes les plus caractéristiques de l'absinthisme sont des phénomènes douloureux soit spontanés, soit provoqués. L'hypéralgésie occupe particulièrement les extrémités, la région *ovarienne*, le rachis. Plus souvent que l'alcoolisme, l'absinthisme détermine un affaiblissement des membres pouvant aller jusqu'à une véritable paralysie. Ces troubles sensitifs et moteurs des extrémités sont remarquables par leur symétrie et leur marche ascendante vers la racine des membres.

Pour M. Léon Gautier, les convulsions généralisées sont un symptôme de l'absinthisme aigu; on ne les observe dans l'absinthisme chronique que sous l'influence d'un épisode aigu, ou à la suite du développement d'une lésion cérébrale. Les troubles digestifs sont moins prononcés que dans l'alcoolisme.

Par contre la puissance génitale est chez l'homme rapidement et profondément compromise par l'habitude de l'absinthe. Chez la femme, l'absinthisme réduirait à la ménopause plus précoce et prédisposerait à l'avortement et à la mort des enfants en bas âge.

Enfin, les absinthiques meurent presque fatalement de tuberculose pulmonaire avant l'âge de 60 ans.

Les lésions cadavériques de l'absinthisme ne peuvent actuellement être distinguées de celles de l'alcoolisme; elles sont caractérisées également par un état de vieillesse anticipée de tous les organes. Mais dans aucune autopsie, il n'existait de cirrhose hépatique, ni d'athérome artériel.

En somme, la thèse de M. Léon Gautier est des mieux soignées et des plus méritantes.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Par divers décrets, en date des 28, 29 et 30 décembre 1882, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Meurs, médecin principal de première classe.

Au grade d'officier : M. le professeur Parrot; MM. les docteurs Desgranges, médecin principal de la marine; Goujon, maire du douzième arrondissement de Paris, médecin-adjoint de la préfecture et des prisons de la Seine; Tarnier, chirurgien de la Maternité; Moracbe, médecin principal de première classe; Sifflet et Clédat de la Vigerie, médecins-majors de première classe; Jaillard, pharmacien de première classe.

Au grade de chevalier : MM. Nègre, Seney, Rousse, Lenoir et Etienne, médecins de première classe de la marine; Soutiers et Duval, médecins de deuxième classe de la marine; Louvet, pharmacien de première classe de la marine; Cuisinier (de Boulogne-sur-Mer); Isoard, ancien adjoint au maire de Marseille; Bozonnet, membre du Conseil général de l'Ain; Allemand, membre du Conseil général des Basses-Alpes; Bénard, médecin de l'hospice de Buzançais; Verdo, membre du Conseil d'arrondissement de Marmande; Naudet, médecin des hospices civils et des prisons de Langres; Maloizel, médecin en cbef de l'hôpital de Fontainebleau; Bergerault, membre du Conseil général de la Vienne; Forgemol, maire d'Aix-sur-Vienne; Dumas, Alibran, Derazey et Rochet, médecins-majors de première classe; Sedan et Jourdan, médecins-majors de deuxième classe; Léonardi, médecin en chef de l'hospice de Douai; Bourgeois, médecin-chirurgien de l'hospice de Beauvais; Barny, professeur à l'École de Limoges; Talle, directeur de l'hôpital Lariboisière.

***

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES. — Conformément à la décision du Congrès périodique international des sciences médicales dans sa dernière session tenue à Londres en 1881, la huitième session du Congrès aura lieu à Copenhague du 10 au 16 août 1884.

***

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours s'est terminé par les résultats suivants :

Première division · Internes de 3e et 4e années. — Médaille d'or. M. Netter, interne à l'hôpital Necker. — Accessit : M. Siredey, interne à la Pitié. — Mention honorable : M. Duplaix, interne à l'hôpital Laënnec.

Deuxième division : Internes de 1re et 2e années. — Médaille d'argent : M. Ricbardière, interne à l'Hôtel-Dieu. — Accessit : M. Richard, interne à la Pitié. — 1re mention honorable : M Darier, interne à l'hôpital Necker. — 2e mention honorable : M. Gallois, interne à l'hôpital des Enfants-Assistés.

***

HOPITAUX DE PARIS, PERSONNEL MÉDICAL. — Le personnel médical des hôpitaux de Paris (chefs de service, chefs de clinique et internes) est ainsi fixé à dater du 1er janvier et pour tout le cours de cette année.

HOTEL-DIEU. — *Médecine* : M. le professeur G. Sée; cbef de clinique : M. Talamon; interne : M. Gallois. — M. Hérard; interne : M. Cbarrin. — M. Moutard-Martin; interne : M. Bonrdel. — M. Empis; interne : M. Morin. — M. Gallard; interne : Gondron. — M. Vulpian; interne : M. Babinski.

Chirurgie : M. le professeur Richet; cbef de clinique : M. Bazy; internes : MM. Ménard, Roger et Cayla. — M. le professeur Panas; chef de clinique : M. Barthélemy; internes : MM. Broca, Phocas et de Lapersonne. — M. Le Fort; internes : MM. Wicklem et Beurnier.

HOTEL-DIEU ANNEXE. — *Médecine* : M. Moutard-Martin (Robert); interne : M. Cbampeil. — M. Tapret; interne : M. Hixhmann. — M. Troisier; interne : M. Budor.

CHARITÉ. — *Médecine* : M. le professeur Hardy; chef de clinique : M. Josias; interne : M Beltremieux. — M. Bernutz; interne : M. Colleville — M. Laboulbène; interne : M. Pingot. — M. Desnos; interne : M. Chéron. — M. Péter; interne : M. Martinet. — M. Féréol; interne : M. Leprévost. — *Chirurgie* : M. le professeur Gosselin; cbef de clinique : M. Picqué; internes : MM. Briard, Boiffin et Hallé. — M. Desprès; internes : MM. Revilliod et Brunon. — *Accouchements* : M. Budin : interne : M. Rivet.

LA PITIÉ. — *Médecine* : M. le professeur Lasègue; chef clinique M. Brissaud; interne : M. de Brun du Bois-Noir. — M. Dumontpallier; interne : M. Bonnaire. — M. Brouardel; interne : M. Netter. — M. Lanceraux; interne : M. Gilson. — M. Cornil; interne : M. Gibier. — M. Audboui; internes : MM. Barral et Peltier. — *Chirurgie* : M. le professeur Verneuil; chef de clinique : M. Redard; internes : MM. Verchère, Tuffier et Ozenne. — M. Polaillon; internes : MM, Sopelier, Brassard et Clado.

SAINT-ANTOINE. — *Médecine* : M. Mesnet; interne : M. Poupinel. — M. Hallopeau; interne : M. Giraudeau. — M. Dujardin-Beaumetz; interne : M. Œttinger — M. Hayem; interne : M. Gilbert. — M. Gouraud; interne : M. Dalché. — M. Sevestre; interne : M. Lebreton. — M. Dieulafoy; interne : M. Binet — *Chirurgie* : M. Perrier; internes : MM. Jardet, Dauge et Tissier. — M. Delens; internes : MM. Barbillon, Notta et Ménétrier.

NECKER. — *Médecine* : M. le professeur Potain; cbef de clinique : M. Gaucher; interne M. Duflocq. — M. Blachez; interne : M. Queyzat. — M. Grancber; interne : M. Degennes. — M. Rigal; interne : M. Chantemesse. — *Chirurgie* : M le professeur Trélat; chef de clinique : M. Segond; internes. MM. Léjard, Damalix et Métaxas. — M. Guyon; internes : MM. Hache, Pousson et Malécot.

COCHIN. — *Médecine* : M. Bucquoy; interne : M. Ricbardière. — *Chirurgie* : M. Tb Anger; internes : MM. Proust, Delotte et Bodini. — M. Marchand; interne : M. Jacquelot.

BEAUJON. — *Médecine* : M. Millard; interne : Geffrier. — M. Gugot; interne : M. Tbuvien. — M. Gombault; internes : MM. Ribail et Poupon. — M. Fernet; interne : M Boulland. — *Chirurgie* : M. Tillaux; internes : MM. Hue, Guinard et Chapus. — M. Labbé; internes : MM. Marcigney, Morel-Lavallée et Hamonic.

LARIBOISIÈRE. — *Médecine* : M. Jaccoud; interne : M. Chauffard. — M Siredey; interne : M. de Gastel. — M. Proust; internes : MM. Scbmitt et Malibran. — M. Constantin Paul; interne : M. de Langenbagen. — M. Boucbard; interne : M. Karth. — M. Duguet; interne : M. Lannois. — *Chirurgie* : M. Duplay; internes : MM. Walther, Berne, Condoléon et Jocqs. — M. B. Anger; internes : MM. Guillet, Carlier, Belin. — *Accouchements* : M. Pinard; interne : M. Boissard.

TENON. — *Médecine* : M. Landouzy; interne : M. Gomot. — M. Straus; interne : M Cochez. — M. Rendu; interne : M. Tbibierge. — M Rathery; interne : M. Boursier. — M. Hucbard; interne : M. Pennel. — M. Tennesson; interne : M Boucli. — *Chirurgie* : M. Gillette; internes : MM. Silly, Dubreuilh et Blocq. — M. Lucas-Cbampionnière; internes : MM. Brodeur, Charles et Larjean. — *Accouchements*. M. Ribemont; interne : M. Mérigot de Treigny.

LAENNEC — *Médecine*. M. le professeur Ball; interne : M. Luc. — M. Ferrand; interne : M. Feulard. — M. Damaschino; interne : M. Gilies de la Tourette. — M. Legroux; interne : M. Sautiez. — *Chirurgie*. M. Nicaise; internes : MM. Borbulée et Dubief.

BICHAT. — *Médecine* : M. Gerin-Roze; interne : M. Pillot. — M.

Gouguenheim ; interne : M. Leval Piquechef.—*Chirurgie*. M. Terrier ; internes : MM. Hartmann et Catuffe.

SAINT-LOUIS. — *Médecine*. M. le professeur Fournier ; chef de clinique : M. Leloir ; interne : M. Lavergne. — M. Lailler ; interne : M. Barhe. — M. Guibout ; interne : M. Le Gendre. — M. Vidal ; interne : M. Larmoyez. — M. Besnier ; interne : M. de Molennes. — M. Ollivier ; interne : M. Uribe. — *Chirurgie*. M. Péan ; internes : MM. Séné, Perrin et Soyer. — M. Le Dentu ; internes : MM. Carron, Bouley et Ladroitte. — *Accouchements*. M. Porak ; interne : M. Ollive.

MIDI. — *Médecine*. M. Simonnet ; interne : M. Gellé.—M. Mauriac ; interne : M. Jeanton.— *Chirurgie*. M. Hortelonp ; interne : M. Battey.

LOURCINE. *Médecine*. M. Martineau ; interne : M. Crespin. — M. Hutinel ; interne : M. Deschamps.—*Chirurgie*. M. Pozzi ; interne : M. Courtade.

ENFANTS-MALADES — *Médecine* : M. Bouchut ; interne : M. Toupet. — M. Labric ; interne : M. Dauchez. — M. Archambault ; interne : M. Ayrolles. — M. J. Simon ; interne : M. Meunier. — M. Descroizilles ; interne : M. Vallin. — *Chirurgie* : M. de Saint-Germain ; internes : MM. Valude et Monnier.

TROUSSEAU. — *Médecine* : M. Triboulet ; interne : M. Renault. — M. Cadet de Gassicourt ; interne : M. Darier. —M. d'Hailly ; interne : M. Durand-Fardel. — *Chirurgie* : M. Lannelongue ; internes : MM. Frémont et Dagot.

MATERNITÉ. — *Médecine* : M Hervieux ; interne : M. Berthod. — *Chirurgie* : M. Tarnier ; interne : M. Auvard.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — *Médecine* : M. E. Labbé ; interne : M. Thoinot.—M. Lécorché ; interne : M. Marey. — *Chirurgie* : M. Cruveilhier ; internes : MM. Delon et Barbon. —M. Marc Sée ; internes : MM. Florand et Blanc.

BICÊTRE. — *Médecine* : M. Debove ; internes : MM. Monsions et Potocki. — M. Falret ; internes : MM. Bellangé et Lepage. — M. Voisin ; internes : MM. Achard, Duchon-Doris. — M. Bourneville ; internes : MM. Bouttier et Leflaire.—*Chirurgie* : M. Berger ; internes : MM. Festal, Vigneron et Jeanselme.

SALPÊTRIÈRE. — *Médecine* : M. le professeur Charcot ; chef de clinique : M. Ballet ; interne : M. Bernard. — M. Luys ; interne, M. Chaslin. — M. Moreau ; interne : M. Pignol. — M. A. Voisin ; interne : M. Weher. — M. Legrand du Saulle ; interne : M. Lormand. — *Chirurgie* : M. Terrillon ; interne, M. Denucé.

ENFANTS-ASSISTÉS — *Médecine* : M. le professeur Parrot ; chef de clinique : M. Leroux ; interne : M. Bidault. — *Chirurgie* : M. Guéniot ; interne : M. Chatellier.

INCURABLES. — *Médecine* : M. Raymond ; interne : MM. Artaud et Lavie. — *Chirurgie* : M. Monod ; internes : MM. Barhez et Didier.

MÉNAGES. — *Médecine* : M. Quinqnaud ; internes : MM. Broussolle et Gomet.

SAINTE-PÉRINE. — *Médecine* : M. Landrieux ; internes : MM. Schachmann et Raymond.

***

MONUMENT A ÉLEVER A DARWIN. — L'Académie des sciences, voulant rendre un solennel hommage « à l'homme qui consacra sa vie entière au travail scientifique, qui aborda avec bonheur quelques-uns des problèmes les plus ardus que présente l'étude des êtres vivants, qui, par la direction toute spéciale de ses recherches et le succès qui souvent les couronna, a rendu à la science positive des services éclatants » a, sur la proposition de M. de Quatrefages, autorisé dans son sein l'ouverture d'une souscription pour le monument à élever à Darwin.

Le comité français est composé de MM. Milne-Edwards, président, Paul Bert, Chatin, Daubrée, Duchartre, Frémy, Fouqué, Albert Gaudry, Hébert, de Lacaze-Duthiers, Alphonse Milne-Edwards, de Quatrefages, de Saporta et Van Tieghem.

***

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DIXIÈME ARRONDISSEMENT. — La délibération suivante de cette Société nous a été adressée ; nous nous faisons un devoir de la reproduire :

« La Société médicale du dixième arrondissement, ayant pris connaissance du rapport présenté au Conseil général, dans la séance du 1er décembre au sujet de la nomination des médecins inspecteurs des écoles.

« Considérant que la préfecture de la Seine, entrant dans une voie de décentralisation, avait accordé au Corps médical tout entier la nomination des différents postes du service municipal ;

« Considérant que le suffrage universel des médecins est le moyen le plus sûr de pourvoir à ces fonctions et de présenter des candidats offrant des garanties de moralité et d'honorabilité professionnelles ;

« Regrette que le Conseil général ait cru devoir revenir sur ce mode de nomination, sans exposé de motifs.

« LA SOCIÉTÉ MÉDICALE. »

***

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le concours pour l'internat en médecine s'est terminé par la nomination de MM. Doyen, Duhamel, Dericque et Gaudry, internes titulaires, Ladoucette, Manière, Dupin et Grenier, internes provisoires.

***

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Sézary, suppléant de la chaire de pathologie et clinique interne, est chargé du cours d'hygiène et médecine légale.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — M. Robion-du-Pont, ancien professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur honoraire de ladite Ecole.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. le docteur Sainton est chargé, pendant l'année scolaire 1882-83, des fonctions de chef des travaux anatomiques et de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

***

LA SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE FRANÇAISE (reconnue d'utilité publique), réunie en Assemblée générale, le 24 décembre 1882, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1883 :

Président : M. JULES BERGERON, de l'Académie de médecine.
Vice-Présidents : MM. DUVERGER, LEVASSEUR, BOUCHARDAT et FAUVEL.
Secrétaire général : Dr L. LUNIER.
Secrétaires généraux adjoints : MM. les Drs DECAISNE et VIDAL.
Secrétaires des séances : MM. GUIGNARD et AUDIGÉ.
Bibliothécaire-archiviste : Dr A. MOTET.
Trésorier : M. JULES ROBYNS.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de Caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance.

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 1er février 1883, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

MANUEL PRATIQUE DE LARYNGOSCOPIE ET DE LARYNGOLOGIE, par le docteur G. Poyet, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Un vol. in-18, cartonné diamant, de 400 p. avec 35 figures dane le texte et 24 dessins en couleur hors texte, pris d'après nature. — Prix : 7 fr. 50. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

LE SOMMEIL NORMAL ET LE SOMMEIL PATHOLOGIQUE. Magnétisme animal, hypnotisme, névrose, hystérique, par E. Yung, Privat Docent à l'Université de Genève. — Un vol. in-18 jésus de 200 p. — Prix : 2 fr. 50. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE, par le docteur Guerder. — Un vol. in-18, cartonné diamant, de 320 p. — Prix ; 5 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

TRAITÉ THÉORIQUE ET CLINIQUE DE LA DYSENTERIE (diarrhée et dysenterie aiguë et chronique), par H. J.-B. Bérenger-Féraud, médecin en chef de la Marine. — Un vol. in-8 de 995 p. — Prix : 12 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE NANTES, recueillis par le docteur A. Malherbe. Quatrième année, 1880. — In-18 de 118 p., avec une planche hors texte contenant 5 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

RECHERCHES SUR L'ÉPITHÉLIOME CALCIFIÉ DES GLANDES SÉBACÉES, contribution à l'étude des tumeurs ossiformes de la peau ; par le docteur A. Malherbe, professeur à l'école de médecine de Nantes. — In-8 de 125 pages, avec 5 planches hors texte contenant 24 figures. — Prix : 3 fr. 50 — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

PRÉCIS DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE, par le docteur P. Decaye. Un volume in-18 jésus de 600 pages. — Prix : 6 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hauteville.

TRAITÉ PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS, par Delore, ancien chirurgien en chef de la Charité (Maternité) de Lyon, professeur adjoint d'accouchements à la Faculté de médecine de la même ville; membre correspondant de la Société de chirurgie et Lutaud, médecin adjoint de Saint-Lazare, membre de la Société de médecine de Paris. Un vol. in-8, de 560 pages, avec 135 gravures dans le texte. — Prix : 9 francs. — Envoi franco dans l'Union postale contre un mandat de poste. — Librairie F. Savy, 77, boulevard Saint Germain, à Paris.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 21 DÉCEMBRE AU JEUDI 27 DÉCEMBRE 1882.

Fièvre typhoïde 84. — Variole 9. — Rougeole 18. — Scarlatine 1. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 35. — Dysenterie 1. — Erysipèle 9. — Infections puerpérales 9. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 45. — Phthisie pulmonaire 197. — Autres tuberculoses 7. — Autres affections générales 83 — Malformation et débilité des âges extrêmes 74. — Bronchite aiguë 0. — Pneumonie 81. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 46, — au sein et mixte 33. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 113. — de l'appareil circulatoire 86. — de l'appareil respiratoire 84. — de l'appareil digestif 43. — de l'appareil génito-urinaire 31. — de la peau et du tissu lamineux 1. — des os, articulations et muscles 6. — Aprés traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 40. — Causes non classées 2. — Total de la semaine : 1202 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef: M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres: MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire: M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 11 janvier 1883.

LA LIGUE ANTIVACCINATRICE EN ALLEMAGNE. — REPRISE DE LA DISCUSSION, A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

La ligue antivaccinatrice, qui semble prendre en France un temps de repos, continue de s'agiter en Allemagne. Ce n'est plus seulement la syphilis qu'on accuse la vaccine de transmettre, mais, d'après une nouvelle lettre adressée à l'Académie de médecine par notre ambassadeur à Berlin, d'autres « maladies redoutables, notamment des affections scrofuleuses.» Ce nouveau chef d'accusation contre la vaccine reposerait sur des expériences de M. Koch, et l'autorité dont jouit ce savant explique l'émotion dont a été saisie l'opinion publique. Aussi une véritable pluie de pétitions paraît s'être abattue sur le Reichstag, qui a nommé une commission pour les examiner. Les conclusions de cette commission tendent à l'organisation d'une vaste enquête sur les résultats fournis par la législation actuelle, c'est-à-dire par la vaccination obligatoire rigoureusement appliquée en Allemagne et, d'une manière plus générale, à une étude approfondie d'un projet de loi sur les épidémies. Les matériaux réunis par la commission compétente chargée de ces recherches seront communiqués par le gouvernement an Reichstadt.

Nous nous bornons aujourd'hui à enregistrer le fait. Nous aurons occasion d'y revenir quand la commission de la vaccine, à laquelle la lettre de notre ambassadeur a été renvoyée à titre de document, fera son rapport à l'Académie.

— La méthode de Braud, dans le traitement de la fièvre typhoïde, n'a guère, jusqu'à présent, fixé l'attention des orateurs qui ont pris part à la discussion dont l'Académie est saisie depuis plus de deux mois. L'indifférence des médecins de Paris à l'égard de cette méthode a eu un résultat fort inattendu et plus qu'exceptionnel : une véritable manifestation de la part du corps médical des hôpitaux de Lyon. En effet, sur 24 médecins composant ce corps, 22 ont signé les propositions qu'on lira plus loin.

En Allemagne, paraît-il d'après la communication de M. Glénard, on irait plus loin; on ne se bornerait pas à affirmer les bienfaits de la méthode de Brand; on l'imposerait dans tous les hôpitaux militaires. Par une de ces contradictions qu'on rencontre trop souvent, au moment où l'obligation de la vaccination est battue en brèche, comme on vient de le voir, on songerait à rendre en quelque sorte obligatoire le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Nous ne suivrons pas le président de l'Académie dans la réserve un peu sévère qu'il a exprimée à propos des faits et des chiffres produits par M. Glénard. Tant qu'on n'a pas sous la main des documents qui les infirment, on doit, sinon les accepter, du moins s'en tenir au doute scientifique. Mais, tout en restant sur ce terrain d'une saine philosophie, il est permis, au nom de la thérapeutique générale, de ne pas admettre de dogme qui conduise à une formule aussi absolue que celle qui est proposée par les partisans de la méthode de Brand. Il faut compter, en effet, d'un côté avec ce qu'on est convenu d'appeler le génie épidémique; de l'autre, avec les dispositions spéciales propres à chaque malade, et l'on comprend difficilement qu'un même traitement convienne en tous lieux, en tout temps et dans tous les cas.

L'objection que nous soulevons ici s'adresse moins, il est vrai, à la méthode de Brand qu'à l'exclusivisme de ceux qui la préconisent. Pour la juger de plus près, il faut pénétrer dans le détail des faits et chercher à distinguer les cas qui la justifient de ceux qui la contre-indiquent. La GAZETTE MÉDICALE consacrera un prochain article à cette étude.

Dr E. DE RANSE.

CHIRURGIE PRATIQUE

ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE D'ORIGINE LYMPHANGITIQUE, par M. PICQUÉ, chef de clinique.

Dans son excellente thèse inaugurale, M. Castex a attiré récemment l'attention sur une forme encore peu connue d'adénite iliaque, l'inflammation chronique des ganglions du groupe dit externe des ganglions iliaques.

Cette inflammation peut dans certains cas donner lieu à des phlegmasies périganglionnaires qui constitueront une des variétés importantes de l'abcès de la fosse iliaque.

Nous croyons intéressant d'ajouter aux nombreuses observations de l'auteur, les deux cas suivants d'abcès de la fosse iliaque.

I. ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE DÉVELOPPÉ AUTOUR DU BUBON ILIAQUE DÉPENDANT D'UNE LÉSION DU PIED. MORT.

Le nommé B..., âgé de 44 ans, journalier, entre dans le ser-

vice de M. le professeur Gosselin, le 25 juillet 1882, salle Ste-Vierge, n° 3.

Le malade n'offre rien de particulier à noter au point de vue de ses antécédents; il a toujours joui d'une bonne santé habituelle.

Il y a deux mois, il a eu le gros orteil écrasé; la guérison s'est effectuée en six semaines.

Le malade s'est aperçu au bout de peu de jours d'une tuméfaction dans l'aine, tuméfaction douloureuse et causant une certaine gêne dans la marche.

B... n'en a pas moins continué de vaquer à ses occupations et n'a été forcé de s'aliter que depuis 15 jours.

Etat fébrile prononcé, pas de sommeil, inappétence.

Etat actuel: La cuisse est en flexion sur le bassin; dans le pli de l'aine existe une tuméfaction considérable étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis, empiétant sur la paroi abdominale dans une très petite étendue suivant une surface allongée de 2 à 3 centimètres de large et présentant la longueur de la région.

Cette tuméfaction empiète sur la racine de la cuisse dans une étendue beaucoup plus considérable, surtout du côté externe. Elle est d'un rouge vif au pli de l'aine, à la cuisse et près de l'arcade de Falloppe; elle est caractérisée par un empâtement dur, quelque peu œdemateux; pas de masses ganglionnaires distinctes. A la cuisse cet œdème semble exister seul, sans empâtement.

La fosse iliaque est difficile à explorer, car les muscles de la paroi sont contracturés; cependant, on y perçoit assez facilement une masse considérable probablement ganglionnaire au niveau de l'artère iliaque externe.

En mettant une main au-dessus de l'arcade et une autre en dessous, on perçoit une fluctuation profonde assez nette.

La flexion de la cuisse se balance avec une ensellure lombaire, mais les autres mouvements de la hanche sont libres Evidemment, on a affaire à un adéno-phlegmon de la fosse iliaque communiquant avec un autre phlegmon secondaire de la racine de la cuisse.

L'adénite, cause première de la phlegmasie, remonte vraisemblablement à 2 mois et le phlegmon périganglionnaire semble ne dater que de 15 jours.

Le 26 juillet, l'abcès est ouvert au niveau de la gaîne du psoas iliaque à la cuisse. Issue d'un demi-litre de pus environ. Lavage de la cavité à la solution phéniquée au quarantième. Drainage double.

27 juillet. Le lit est souillé par une quantité abondante de pus. Le malade est beaucoup soulagé. Etat général meilleur. Apyrexie complète.

29 juillet. Le pus a beaucoup diminué, l'apyrexie se maintient.

4 août. Accès fébrile, 38,4; teinte légèrement subictérique.

5 août. Teinte noire des urines, dépôt d'acide rosacique sur les parois du vase. Le malade a eu une diarrhée abondante toute la journée.

Pas d'hypothermie. Température normale. La teinte noire de l'urine n'est pas due à de l'intoxication phéniquée, mais à la présence de sels biliaires en excès.

La foie offre un volume plus considérable qu'à l'état normal: il descend à trois travers de doigt au dessous du rebord des fausses côtes.

Œdème des membres inférieurs jusqu'aux genoux et de la paroi abdominale.

Pas de complication du côté de la plaie. L'œdème peut faire songer à une phlébite; mais, en raison de l'altération des urines et de l'hypertrophie hépatique, il est plus rationnel d'admettre une complication du côté du foie, et puis il est double.

8 août. L'état s'est aggravé; la teinte subictérique des téguments a augmenté, ainsi que l'œdème des membres. Sensibilité très vive du ventre. Pas de ballonnement. Respiration anxieuse et embarrassée. Le malade succombe au cours de la visite. L'autopsie est pratiquée par nous, 24 heures après la mort.

A l'ouverture de l'abdomen, une grande quantité de sérosité s'écoule au dehors, environ 7 à 8 litres. Cette sérosité est jaunâtre, ascitique avec quelques pseudomembranes qui flottent dans le liquide.

Le péritoine pariétal est intact, mais les anses intestinales sont légèrement agglutinées et présentent en certains points, surtout vers la fin de l'intestin grêle, de nombreuses arborisations rougeâtres. Quelques pseudo-membranes les unissent; le grand épiploon est œdématié, épaissi, légèrement granuleux. Une fois qu'on l'a enlevé, on met à découvert la cavité du petit bassin, qui contient un liquide louche, épais, séro-purulent.

Le gros intestin ne présente rien à considérer, si ce n'est au niveau du cœcum, lequel adhère légèrement à la fosse iliaque interne: il ne présente pas d'arborisations; ses adhérences sont molles, faciles à détacher; pas de perforation.

Fosse iliaque interne: le péritoine à ce niveau est épaissi, lardacé et fait corps avec l'aponévrose iliaque, dont il est impossible de le séparer. Incisé avec précaution, l'espace sous-péritonéal présente les particularités suivantes:

Il est cloisonné en plusieurs cavités purulentes, communiquant les unes avec les autres, limitées par des néomembranes en feuillets, se croisant suivant des angles variables. Ces feuillets, qui s'attachent à l'aponévrose sous jacente comprennent à peu près toute l'étendue de la fosse.

Cette cavité ou plutôt ce système de cavités communique au dehors par l'ouverture pratiquée au bistouri, en passant sous l'arcade de Falloppe.

Deux cavités principales sont à signaler; ce sont deux diverticulums. Le premier passe en dessous de l'artère iliaque externe en traversant l'aponévrose pelvienne supérieure à son niveau et la décollant dans une étendne verticale de 3 à 4 centimètres depuis le ligament de Falloppe jusqu'à la terminaison de l'iliaque primitive. C'est une véritable poche contenant un pus crémeux non fétide.

Le deuxième diverticulum se trouve compris entre le sacrum et le muscle psoas et s'étend le long de la colonne lombaire, non loin des origines de ce muscle.

Pas d'altération osseuse à ce niveau.

Autour de l'iliaque externe et près de sa terminaison, se trouve une masse de ganglions engorgés, rosés à la coupe, volumineux, entourant l'artère comme d'une collerette sans en diminuer le calibre et qui font corps avec le péritoine sus-jacent et l'aponévrose située en dessous.

La perforation, qu'on ne retrouve pas, a dû exister à ce niveau et faire communiquer à une époque rapprochée du début de la maladie l'espace sous-péritonéal et sous-aponévrotique; disons encore que, tout le long du ligament de Poupart, le péritoine fait corps avec le fascia transversalis, qu'il n'existe nulle part de séparation et que partout les deux membranes sont confondues en un tissu blanchâtre lardacé semblable à celui que nous avons signalé plus haut.

Le muscle psoas n'est pas détruit, ni putrilagineux, mais il est jaunâtre sans collection purulente, comme œdématié. Cet aspect se maintient dans la portion crurale du même muscle.

La veine iliaque, ouverte depuis son origine jusqu'à sa terminaison, ainsi que la fémorale jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, présentent des caillots *post-mortem* sans caractères; la membrane interne est lisse et ne présente d'altération en aucun point.

Au résumé peu de pus dans les cavités et aucun caractère de putridité.

Reins. — Rien dans l'atmosphère cellulo-graisseuse; leur parenchyme est très altéré surtout dans l'écorce; M. Landouzy, qui a bien voulu les examiner, les trouve à un degré très avancé de dégénérescence graisseuse.

Foie. — Le foie est enveloppé de fausses membranes épaisses; il est volumineux et pèse 2,250 grammes; sa surface est granuleuse, il se laisse difficilement pénétrer par le bistouri; la coupe est jaunâtre; il présente tous les signes de la cirrhose avec dégénérescence graisseuse avancée.

Cœur. — Il n'offre rien de particulier à noter.

Poumons. — Ils sont sains ; pas de congestion pulmonaire ; fausses membranes anciennes et récentes, surtout à la base.

Cerveau. — Il n'a pas été examiné.

RÉFLEXIONS. — L'observation précédente est fort intéressante à divers points de vue. Nous allons les examiner successivement :

Un phlegmon iliaque éclate deux mois après un traumatisme du pied ; le malade a constamment souffert de douleurs inguinales : il est incontestable que notre homme avait, au moment de l'invasion des accidents, une adénite iliaque subaiguë, qui, sous l'influence d'une cause dont nous aurons ultérieurement à déterminer la nature, s'est brusquement transformé en périadénite.

Cette périadénite, contrairement à la règle ordinaire, s'est terminée rapidement par la suppuration. De plus, le foyer purulent est resté constamment aseptique.

A quelle complication a succombé le malade ? On avait tout d'abord songé à une phlébite de voisinage : l'autopsie a prouvé le contraire.

Or, le malade, dont l'état local et général était excellent, et dont la température s'était toujours maintenue à la normale, voit, le 4 août, la fièvre surveuir, ses urines devenir hépatiques et son teint subictérique, en même temps que d'autres signes, que nous avons indiqués, venaient imposer le diagnostic de complication hépatique. Il est donc mort par le foie. L'autopsie a encore démontré qu'il ne s'agissait pas de stéatose septicémique du foie, mais bien d'une véritable sclérose.

Le malade avait travaillé dans des fabriques de phosphore et d'arsenic, mais il était plus rationnel, ainsi que notre maître M. Berger l'a admis, d'invoquer l'alcoolisme.

Mais cette cirrhose datait de longtemps. Pourquoi, après être restée longtemps latente, est-elle venue se manifester par un ensemble de phénomènes, qui ont entraîné la mort du malade ? Nous ne voulons pas insister sur ce point, mais nous rappellerons que, depuis longtemps, M. Verneuil et ses élèves ont montré l'action des lésions chirurgicales sur les affections viscérales, et nous nous croyons autorisé à invoquer, dans le cas particulier, une relation de même ordre.

II. — BUBON STRUMEUX DE L'AINE. — ABCÈS ILIAQUE. — GUÉRISON.

Le nommé T..., âgé de 40 ans, imprimeur, entré le 15 juillet 1882 dans le service de M. le professeur Gosselin, salle Sainte-Vierge, no 43, pour un bubon strumeux de l'aine.

Comme antécédents personnels, nous ne trouvons rien de particulier à noter ; la mère, un frère et une sœur, sont morts de la poitrine.

Il y a environ un mois, il constata à l'angle interne du triangle de Scarpa la présence d'une petite glande roulant sous le doigt ; peu de jours après, toute la chaîne ganglionnaire se trouvait intéressée.

Le malade, à ce moment, n'avait aucune écorchure ni à la verge ni aux membres inférieurs. Il est porteur d'hémorrhoïdes internes qui ne sont pas sorties depuis cinq ou six ans.

Etat actuel : dans la direction du pli de l'aîne, on constate une tumeur allongée étendue à la presque totalité de la région.

A ce niveau, la peau est rouge, amincie et adhérente à la tumeur. La tuméfaction n'est pas uniforme ; aux deux extrémités on constate la présence d'une saillie globuleuse ; entre les deux existe un étranglement à direction oblique de dedans en dehors et de haut en bas. Au niveau du sillon, la consistance est dure. De chaque côté, au niveau des extrémités, il y a une sorte de fluctuation, mais surtout une rénitence très nette.

La tumeur est mobile sur les parties sous-jacentes, très mobile de haut en bas, beaucoup moins transversalement.

Au niveau de l'artère iliaque externe, derrière le fascia transversalis, près de l'arcade, se trouve une masse du volume d'une noix, dure, légèrement douloureuse à la pression et qui n'est autre qu'une masse ganglionnaire engorgée.

Il y a une indolence absolue de la tumeur inguinale ; le malade accuse au début des phénomènes généraux, transpiration nocturne, perte d'appétit, mais il n'est pas prouvé qu'ils se soient développés sous l'influence de l'adénite, car le malade est pâle ; il tousse actuellement et nous dit que l'hiver il est sujet à s'enrhumer.

Syphilis ancienne non soignée, diagnostiquée au Midi ; pas de signes actuels.

Examen de la poitrine : à droite, léger souffle au sommet du poumon ; dans la fosse sus-épineuse, respiration un peu prolongée. A gauche, respiration à peu près normale.

Examen négatif des organes génitaux et des membres inférieurs. A l'anus, pas de fissures ni d'hémorrhoïdes récentes. Il est évident qu'on a affaire à un bubon strumeux développé sous l'influence d'une légère excoriation, actuellement disparue.

21 juillet. La tumeur a légèrement augmenté et est devenue un peu douloureuse. Une ouverture est pratiquée au bistouri, et donne issue à une quantité considérable de pus.

Le 25 juillet, l'écoulement a bien diminué, mais le gonflement reste considérable. Pas de saillie fongueuse entre les lèvres de la plaie.

Cependant, le curage, s'il ne présentait pas tant de dangers dans la région à cause du voisinage des vaisseaux, serait bien indiqué.

Le 30 juillet, le malade sort momentanément de l'hôpital.

Le 5 août, T... rentre à l'hôpital. Pansement avec les bâtons d'iodoforme.

Le 15, il y a eu une imprudence commise : le malade est sorti sans permission le matin ; il existe une vive douleur dans la fosse iliaque : insomnie, quelques coliques.

Le 17, on constate, au-dessus de l'arcade et parallèlement à elle, une tuméfaction allongée ; à son niveau, la peau est légèrement rosée, un peu œdémateuse ; les muscles sous-jacents sont contracturés et il est impossible d'explorer la fosse iliaque. Peu de phénomènes fébriles.

Le 19, on sent une fluctuation profonde ; l'œdème s'est un peu prononcé. La plaie opératoire ancienne ne s'est pas modifiée ; rien à noter du côté des selles.

Le 10 septembre, on pratique le long de l'arcade, à 1 cent. au-dessus, une incision de 5 cent., à 3 cent. de l'épine iliaque antéro-supérieure ; les tissus sont très indurés, et on tombe sur une masse de ganglions ramollis ; peu de pus.

Un drain fait communiquer ce foyer avec l'ancienne incision en passant sous l'arcade de Falloppe. Pansement de Lister. Pas de complications ; le malade sort guéri le 3 octobre.

RÉFLEXIONS. — Notre deuxième malade a eu un bubon strumeux spontané, qui se rapproche des cas récemment publiés par Maigrot en ce qu'il n'y avait aucune lésion dans le département des lymphatiques qui aboutissent à ces ganglions. De plus, il existait un bubon iliaque qui est resté longtemps silencieux ; sous l'influence de la station verticale, il s'est produit de la périadénite, un abcès iliaque qui est resté constamment limité et a fini par guérir.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la fièvre typhoïde,
par M. le docteur Henri Almès.

Une épidémie de fièvre typhoïde a régné et règne encore dans un grand nombre de villes de France, et elle nous fait constater que les nouvelles médications sur lesquelles on croyait pouvoir compter pour combattre cette maladie ne sont pas plus efficaces que leurs devancièrees.

Les théories sur les microbes et les expérimentations sur leurs cultures artificielles n'ont pas amené la découverte d'une inoculation préservatrice. Les désinfectants et les antiseptiques les plus en vogue, tels que les acides phénique et salicylique, n'ont pu avoir raison de l'intoxication dothiénentérique.

Personne ne pense plus à l'application des bains froids répétés des six et huit fois par jour, méthode qui avait fait tant de bruit il y a quelques années et qui même avait eu ses partisans. Qu'on lise les comptes rendus de l'Académie de médecine et on se convaincra qu'on n'est pas plus avancé aujourd'hui contre la fièvre typhoïde qu'on ne l'était il y a dix ans ou même vingt ans.

Il faut donc reprendre humblement et péniblement les choses où elles en étaient à cette époque, faire bon marché des acquisitions thérapeutiques nouvelles et en revenir à ce qu'un des orateurs de l'Académie appelait excellemment l'*expectation armée*, c'est-à-dire traiter la maladie selon son caractère et sa marche et selon la constitution et le tempérament du malade.

Etant admis que nous ne possédons pas de médicaments spécifiques contre la fièvre typhoïde ni de traitement spécial; étant admis aussi que la fièvre typhoïde évolue dans un espace de temps variable, mais dont les limites ordinaires sont bien connues, il nous semble que le problème à résoudre est de surveiller et de diriger cette évolution en en redressant autant que possible les écarts, de soutenir et de consolider autant qu'il est en notre pouvoir les forces du patient et de le faire durer plus longtemps que la maladie, laquelle, après avoir parcouru ses périodes d'incubation, d'invasion, d'état et de déclin, s'éteint d'elle-même dans un délai qui varie de deux semaines à deux mois.

Voilà donc le but du traitement que nous préconisons : tâcher de faire survivre le malade à la maladie qui, après une certaine durée, se guérit d'elle-même par une extinction graduelle. Certes, c'est un programme bien modeste, mais s'il pouvait être réalisé, il nous épargnerait, dans un grand nombre de cas, bien des mécomptes et des déceptions. Il ne s'agit point là de médecine militante, on ne part point en guerre pour faire une attaque en règle contre l'ennemi, on n'a en vue qu'une expectation corroborée d'une action médicatrice se rapprochant plus de l'hygiène que de la thérapeutique.

Au début de la fièvre typhoïde, il nous a toujours paru avantageux de commencer par une médication perturbatrice qui porte le désordre dans le processus morbide et qui souvent joue un rôle abortif. Si, malgré cette première attaque, la fièvre persiste et si elle a, comme d'ordinaire, des intermittences, ou mieux, des rémittences, essayer de la couper par le sulfate de quinine qui agit à la fois comme antipyrétique et antipériodique. Mais les cas où ce traitement préliminaire suffit sont rares, et le plus souvent la maladie, bien que dérangée dans son allure, reprend sa marche et poursuit son chemin. Alors il faut s'attendre à une durée de trois semaines à deux mois et pourvoir à la dépense exagérée qu'une fièvre continue va faire subir au sujet. Il faut employer l'alimentation dans la mesure de l'appétence et des aptitudes digestives des malades en y aidant par l'emploi des médicaments reconstituants. C'est par ces moyens qu'on fera, comme nous l'avons déjà dit, survivre le malade à la maladie, laquelle se guérira naturellement au terme de son évolution.

Quels sont les médicaments reconstituants à employer dans ces cas? Les eaux minérales, le fer, l'arsenic et les toniques végétaux amers.

Nous avons dit les eaux minérales en général. Il y a cependant un choix à faire : 1o En vue de l'appauvrissement du sang qui se produit pendant le cours de la maladie et qu'on peut prévenir en partie par l'usage continu des eaux ferrugineuses; 2o en vue d'une des complications les plus communes de la fièvre typhoïde, qui est le catarrhe bronchique, lequel va souvent jusqu'à la broncho-pneumonie et aggrave considérablement l'état morbide. Notre choix est donc en faveur des eaux ferrugineuses pour la première indication et des eaux sulfureuses pour la seconde. Mais l'action des eaux sulfureuses ne se borne pas à modifier la muqueuse pulmonaire; elles exercent, de plus, une action antimiasmatique, antiparasitaire et désinfectante, dans toute l'économie en général. On n'a pas oublié les importants travaux d'un médecin italien, le professeur Polli, sur les sulfites et hyposulfites, comme agents de neutralisation contre les fermentations pathologiques. Tout récemment encore on constatait l'efficacité des vapeurs sulfureuses contre la malaria des contrées palustres et contre les miasmes délétères de quelques industries insalubres. De plus, on sait que les fumigations d'acide sulfureux sont le neutralisant le plus actif des émanations odorantes provenant des décompositions et putréfactions animales. Ces faits suffisent pour placer le soufre au premier rang des désinfectants et des antimiasmatiques.

Nous avons posé l'indication du fer comme agent reconstituant dans le traitement de la fièvre typhoïde et nous avons dit que, de même que le soufre, il devait être donné sous forme d'eaux minérales, qui sont de tous les composés médicamenteux les plus assimilables et les mieux tolérés par les malades.

Nous conseillons donc de faire boire aux fébricitants alternativement des eaux minérales sulfureuses et ferrugineuses, dans la mesure de leur soif et de leur besoin, et de remplacer par ces boissons éminemment limpides, digestibles et bienfaisantes, les classiques tisanes épaisses, lourdes et écœurantes qu'on a coutume de leur prodiguer. Telle est la pratique que nous suivons depuis plus de vingt ans et dont nous n'avons qu'à nous féliciter.

Quand nous avons affaire à des clients indigents qui ne peuvent se donner le luxe d'eaux minérales naturelles, lesquelles sont des remèdes assez dispendieux, nous faisons préparer de l'eau ferrée au moyen de vieux morceaux de fer rouillés, et de l'eau soufrée au moyen de petite fragments de soufre solide qu'on fait macérer dans des vases pleins d'eau, eau qu'on renouvelle au fur et à mesure de la consommation.

Quant à l'arsenic, nous le faisons prendre sous forme de granules antimoniaux aux doses progressives de quatre, six et huit par jour, partagés en deux fois.

Pour ce qui est des amers et toniques végétaux, nous les

réservons ordinairement pour la convalescence et nous commençons par les macérations aqueuses avant d'en venir aux vins et aux préparations plus ou moins alcooliques.

Tel est le traitement que nous employons depuis plus de vingt ans et que nous avons fait connaître pour la première fois dans la GAZETTE MÉDICALE en 1861. Nous en avons fait depuis ce temps le sujet de divers mémoires, présentés à quelques sociétés savantes et qui nous ont valu des prix de concours et des mentions favorables. Depuis ce temps, l'expérience n'a fait que nous confirmer l'excellence de ce programme thérapeutique. Nous avons traversé plusieurs épidémies de fièvre typhoïde, nous avons eu les cas sporadiques de chaque année et, constamment, nous avons constaté parmi nos malades une mortalité moindre que parmi les malades de ceux de nos confrères qui employaient un traitement différent. Nous croyons être le premier qui ait institué le traitement de la fièvre typhoïde par les eaux minérales.

Nous avons remarqué cependant cette année que quelques pas avaient été faits dans cette voie, mais c'étaient les eaux bicarbonatés alcalines qui étaient préconisées. Les eaux de cette classe peuvent, elles aussi, rendre des services dans le traitement de la fièvre typhoïde, elles sont reconstituantes comme les autres, mais elles ne répondent pas, comme les ferrugineuses et les sulfureuses, aux indications de remédier à l'appauvrissement du sang et de prévenir ou de guérir les complications pulmonaires.

Nous avons remarqué que nos malades, une fois habitués à l'usage de ces eaux, les réclamaient avec instance et les buvaient avec avidité. Et lorsque, fortuitement, elles venaient à manquer, il leur semblait que cette absence d'eaux minérales équivalait pour eux à une privation d'aliments. Quant à l'arsenic, son efficacité comme agent d'épargne et reconstituant, nous a été démontrée par une longue expérience et, dans une assez grande proportion de cas exempts d'anémie et de complications pulmonaires, il nous a permis comme médicament principal ou même comme médicament unique, de conduire à la guérison bon nombre de fièvres typhoïdes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMERICAINS

Maladies des enfants.

DES RAPPORTS DU RACHITISME ET DU SCORBUT, par le docteur CHEADLE.

Dans ce travail, l'auteur signale des observations de scorbut survenu chez des sujets rachitiques. Il raconte, en particulier, l'histoire d'un enfant âgé de dix mois, offrant tous les signes habituels du rachitisme, et qui fut pris en outre d'une cachexie profonde, de débilité musculaire et de gonflements partiels du périoste sur différents points du corps. Bientôt survenait de l'œdème des membres inférieurs, de l'albuminurie, et des hémorrhagies gingivales. Dans ce cas, comme dans tous les autres, d'ailleurs, les accidents étaient imputables à une alimentation défectueuse (arrowroot, farines diverses, etc.). Un régime mieux approprié a fait cesser les accidents.

Sans chercher à résoudre la question de savoir s'il s'agissait bien réellement là du véritable scorbut, on peut conclure du mémoire de M. Cheadle qu'une alimentation mal dirigée peut déterminer chez les jeunes enfants, non seulement le rachitisme, mais encore des accidents hémorrhagiques accompagnés d'une cachexie plus ou moins profonde. La pathogénie, la succession et l'enchaînement de ces phénomènes sont d'ailleurs faciles à concevoir. (THE LANCET, juillet 1882.)

SUR UN CAS D'INTUSSUSCEPTION SUIVIE DE GUÉRISON, par le docteur S. W. LANGMAID.

Il s'agit d'une petite fille de cinq mois, qui s'était toujours bien portée depuis sa naissance et qui fut prise tout à coup d'agitation extrême, demandant le sein à chaque instant et le rejetant presque aussitôt. Le lendemain elle eut plusieurs vomissements et finalement des selles sanglantes. En même temps les douleurs se traduisaient par des cris revenant à des intervalles plus ou moins éloignés. Ce n'est que le troisième jour que M. Langmaid fut appelé auprès de la petite malade. Il la trouva dans un état de prostration extrême. Le pouls était à 120. Le ventre n'était ni ballonné, ni douloureux à la pression. En introduisant l'index dans le rectum, on trouvait une tumeur, irrégulière à son centre et rappelant les tumeurs du col de l'utérus. En même temps, une tumeur cylindrique pouvait être perçue dans la région du colon descendant. Deux heures plus tard, l'intestin invaginé était descendu jusqu'au voisinage de l'anus, et l'on pouvait se rendre compte de sa coloration, qui rappelait celle du chocolat.

La situation resta la même pendant les deux jours qui suivirent. Puis, tout à coup, les selles sanglantes disparurent; l'enfant reprit de la gaieté, se remit à téter, et les matières fécales reprirent leur caractère normal. La tumeur avait disparu; l'enfant était guérie.

En commentant ce fait intéressant, le docteur Whitney établit que le traitement palliatif de l'intussusception donne une proportion de guérison de 50 p. 100. Le pronostic dépend par-dessus tout, du reste, de la situation de l'invagination. Lorsqu'il s'agit de l'intestin grêle, et lorsque la valvule iléo-cæcale est intéressée, les chances sont bien moins favorables que lorsqu'il s'agit du colon descendant. C'est, en effet, dans ce dernier cas que l'on est le plus en droit d'espérer une cure spontanée. (BOSTON MED. AND SURG. JOURNAL et LONDON MED. RECORD, 15 novembre 1882.)

SUR QUELQUES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX MALADIES INFECTIEUSES CHEZ LES ENFANTS, par le docteur CARMICHAEL.

Dans ce travail, lu à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, l'auteur insiste sur ce fait que bien souvent les affections chroniques des enfants sont imputables à une maladie infectieuse aiguë préexistante, et en particulier à la rougeole, à la coqueluche et à la scarlatine. Ce sont surtout les organes qui concourent à la nutrition de l'enfant pendant sa croissance qui se trouvent en souffrance. Il en résulte une débilité générale, fréquemment compliquée d'une hyperplasie des ganglions bronchiques ou mésentériques. On peut observer encore le catarrhe nasal, des troubles gastro-intestinaux, des éruptions cutanées de nature pustuleuse. En l'absence de tout vice constitutionnel, ces affections cèdent généralement aux toniques, à la bonne alimentation, et à une hygiène convenablement appropriée. (LONDON MED. RECORD, 15 juillet 1882).

DES CALCULS DU REIN CHEZ LES ENFANTS, par le docteur SMITH (Eustache).

Suivant l'auteur, les calculs du rein sont beaucoup plus

fréquents chez les enfants qu'on ne le suppose généralement. Le plus souvent, ils sont surtout formés d'acide urique. Leur développement peut être favorisé par l'hérédité (diathèse goutteuse). Indépendamment de l'acide urique, les calculs d'oxalate de chaux ne sont pas rares. On rencontre aussi quelquefois de petits calculs d'urate d'ammoniaque ou de soude. Quelquefois c'est un noyau d'acide urique qui est incrusté d'urate et de phosphate, ce qui indique l'existence d'un degré plus ou moins prononcé d'irritation vésicale. Lorsqu'il s'agit plus particulièrement d'un excès d'acide urique, les besoins d'uriner sont fréquents; il y a des douleurs vives du côté de l'urèthre, et souvent de l'incontinence nocturne. En outre le passage des calculs à travers les tubuli est une cause fréquente d'hématurie.

D'autre part, des calculs peuvent exister dans les reins, sans donner naissance à aucun symptôme. De plus, lorsque des hématuries surviennent, elles peuvent ne laisser aucune trace après elles; alors l'urine ne renferme plus ni sang, ni albumine, ce qui augmente considérablement les difficultés du diagnostic. Quelquefois l'irritation du bassinet par la présence du calcul peut provoquer une pyélite. Le calcul augmente alors généralement de volume par suite de l'addition de nouvelles couches phosphatées. Le passage de la concrétion à travers l'uretère paraît être moins douloureux que chez l'adulte. Cependant il peut en résulter des accidents très graves, tels que l'oblitération du conduit et l'hydronéphrose. Alors qu'il est assez fréquent de voir des enfants rendre des graviers d'acide urique, l'hématurie est au contraire fort rare chez eux. Cela tient à ce que le dépôt se fait dans la vessie elle-même, bien plus souvent que dans les voies urinaires supérieures.

En somme, on peut admettre comme règle générale qu'une hémorrhagie rénale, survenant chez un enfant d'ailleurs bien portant et ne présentant de signes d'hémorrhagie sur aucun autre point du corps, doit être attribuée, dans l'immense majorité des cas, à une irritation calculeuse des tubuli, des calices ou des bassinets. Ce genre d'accident peut être heureusement combattu par un régime modéré, l'emploi des alcalins et le repos. (LANCET, 18 février 1882).

Dr GASTON DECAISNE.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE GENÈVE

TRAVAUX DES SECTIONS

4e section (Présidence de M. le docteur A. DUVAL

Suite et fin. — Voir les numéros 30, 39, 40, 41, 42, 44 48, 49, 50, 51 et 1.

5e section. — Présidence de M. le docteur KUMMER (de Berne)

La section de démographie a constitué en quelque sorte un congrès spécial réuni à l'occasion du congrès d'hygiène. C'est ainsi que l'ont entendu bon nombre de démographes et de statisticiens qui ont plaidé pour une scission complète dans l'avenir. Mais la majorité des membres de cette section a fait justement valoir les connexions si nombreuses de la démographie et de l'hygiène, le chiffre si considérable de médecins qui prêtent leurs concours à la science démographique pour faire voter le maintien de l'alliance des deux congrès à La Haye en 1884, tout en proclamant l'autonomie de la démographie et de la statistique.

Au milieu d'un grand nombre de communications trop techniques pour être capables d'intéresser nos lecteurs, je me contenterai de signaler celles qui se rattachent le plus directement à l'hygiène.

M. le docteur LADAME, de Neuchâtel, a vivement intéressé ses auditeurs pour la lecture de son travail sur *Les Enfants illégitimes en Suisse.*

M. MUHLEMANN (de Berne) a fait une communication sur les rapports des mouvements de la population et du prix des vivres, dans le canton de Berne. Durant les cent dernières années, il ressort nettement que le nombre des décès a suivi une marche parallèle à la cherté des vivres, et inversement le chiffre des naissances a augmenté proportionnellement à l'abaissement du prix des céréales.

M. le docteur TEXIER, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger, a lu un mémoire relatif à l'acclimatement des Européens en Algérie.

L'hospice de Douéra, qui contient une population provenant de tous les points de la France et de l'Europe, est placé dans d'excellentes conditions pour cette étude.

Un premier fait constaté par M. Texier est que les cas de longévité sont assez fréquents chez des gens habitant l'Algérie depuis 20, 30, 40 ans, ce qui est une preuve en faveur de la bonté du climat.

En outre, on peut constater que les populations dont la durée moyenne de la vie est la plus grande sont les populations du Midi, Italiens, Espagnols, Français du Midi de la France. Si même on divise la France en deux régions par une ligne qui suivrait le 46e parallèle, c'est-à-dire passant par la Charente-Inférieure, la Charente, la Haute-Vienne, la Creuse, le Puy-de-Dôme, le Rhône, l'Ain et la Savoie, on trouve une assez notable différence en faveur de la prolongation de la vie des populations du Sud.

Ce sont donc celles qu'il faut attirer en Algérie, sans rejeter celles du Nord, car il n'est pas douteux que, grâce aux progrès réalisés chaque jour dans l'art de l'acclimatation, on arrivera à donner aux hommes du Nord les facilités dont la nature les a doués à un moindre degré que ceux du Midi.

M. DURRER (de Berne) a fait une importante communication sur le calcul de la mortalité des enfants en Suisse. Cette étude démontre que ce n'est qu'au dessous de six mois que l'été est funeste aux enfants. — Au-delà de six mois les enfants succombent en plus grand nombre au mois de mars et au mois d'avril que dans les autres mois de l'année.

M. le docteur SORMANI, professeur à l'Université de Paris, s'est occupé de déterminer le rapport des sexes parmi les décès et les naissances dans les différents mois de l'année.

M. BODIO (de Rome) a présenté le résultat de ses patientes recherches sur la statistique de l'émigration.

Ce qui ressort avant tout des discussions du Congrès de démographie où la statistique de tous les pays était si bien représentée (1) c'est le besoin d'unifier les données de la statistique : d'abord en créant dans chaque Etat une sorte de conseil supérieur de la statistique qui correspondrait avec les conseils analogues des autres nations; ensuite en adoptant pour les calculs ou pour les recensements des méthodes uniformes. C'est ainsi que la statistique arrivera à donner les fruits qu'elle promet et que l'on est en droit d'attendre d'elle.

Dr Paul FABRE (de Commentry).

(1) Citons quelques noms : pour la France MM. Arthur Chervin, Jacques Bertillon, Lacassagne, Cheysson, Bourdin, Pamard, etc.; pour la Belgique M. Janssens, pour l'Autriche-Hongrie, M. Korosi; pour la Suède, M. Axel Lamm; pour la Russie, M. de Necselrode; pour l'Italie, MM. Bodio, Sormani, Pagliani; pour la Suisse, MM. Kummer, Durrer, Lotz, Ledamez, Kinkelin; pour l'Allemagne, M. Bockl, etc., etc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Addition à la séance du 26 décembre 1882. — Présidence de M. JAMIN.

PHYSIOLOGIE. — DE LA SENSATION DU BLANC ET DES COULEURS COMPLÉMENTAIRES. Note de M. A. ROSENSTIEHL.

Il suffit, dit l'auteur, de comparer entre elles les définitions que les auteurs donnent des couleurs complémentaires, pour se convaincre de la confusion qui est faite entre le mélange des lumières et le mélange des sensations.

L'existence d'un grand nombre de lumières, identiques d'aspect avec la lumière naturelle, et composées de deux, de trois, ou d'un plus grand nombre de rayons colorés, prouve que l'expression de *lumière blanche* ne correspond à aucune idée précise au point de vue physique. Ces lumières ne sont caractérisées que par la sensation spéciale qu'elle provoquent dans l'œil. Cette sensation unique, produite par des mélanges si divers, résultent, par conséquent, de la structure de l'organe de la vue. La propriété de deux couleurs, d'être complémentaires, est un phénomène purement physiologique.

La sensation du blanc résulte du mélange de plusieurs sensations colorées; si celles-ci se trouvent réparties entre deux couleurs, leur somme peut produire la sensation du blanc; ces deux couleurs sont complémentaires.

Dans l'état actuel de nos connaissances, l'œil est le seul de nos organes qui jouisse de la propriété de reconstituer une sensation unique, avec des éléments que l'on peut considérer comme variant presqu'à l'infini.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES CONTRACTIONS SPONTANÉES DE L'UTÉRUS CHEZ CERTAINS MAMMIFÈRES. Note de M. DEMBO, présentée par M. Vulpian.

(Voir le dernier numéro des *Comptes rendus hebdomadaires de la Société de Biologie*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 janvier 1883. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance manuscrite comprend :

1. Des lettres de MM. Legrand du Saulle et Ollivier, qui se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

2. Une lettre de M. le docteur Demons, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

3. Un pli cacheté de M. Morage, licencié ès-sciences physiques, sur un nouveau sphygmographe. (Accepté.)

4. Un mémoire manuscrit intitulé; *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde* (quelques considérations étiologiques), par M. le docteur Grellet, de Menat (Puy-de-Dôme). — (Commission des épidémies.)

— M. VULPIAN présente, au nom de M. J. Dembo (de Saint-Pétersbourg), une *Note sur la contractilité utérine par l'influence des courants électriques*.

M. Léou COLIN (du Val-de-Grâce) présente, au nom de M. le docteur Chassagne, médecin-major de 1re classe, un travail manuscrit intitulé : *Contribution à l'étude de l'épidémie de fièvre typhoïde*, observée en Tunisie à l'ambulance d'évacuation de Bizerte et à l'hôpital Khérédinne de la Goulette (1881-1882).

— M. le docteur Franz GLÉNARD (de Lyon) lit une note dans laquelle il tient à protester contre la condamnation formulée par un membre de l'Académie de médecine contre l'emploi des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Il lit, à cet effet, la protestation suivante qui a été signée par 22 des 24 médecins composant le corps médical des hôpitaux de Lyon.

« Les médecins des hôpitaux civils de Lyon, soussignés, pour répondre à l'appel que M. le président de l'Académie de médecine de Paris a fait, dans la séance du 24 octobre 1882, aux communications qui pourraient intéresser la discussion pendante sur les résultats des moyens thérapeutiques employés contre la fièvre typhoïde, croient de leur devoir de sonmettre à l'Académie de médecine les conclusions auxquelles ils sont arrivés, et qui reposent sur une pratique hospitalière ou privée de 9 années, de 1874 à 1882 :

« 1. La méthode de traitement qui aura la plus favorable influence sur la marche et l'issue de la fièvre typhoïde, est celle qui, prenant en considération l'élévation morbide de la température et la tendance adynamique de la maladie, a pour principe : *réfrigération*, alimentation continuelle du malado, du début à la fin de la maladie.

« 2. Le procédé thérapeutique qui répond le plus efficacement à l'indication de refroidir d'une manière continue le malade, est celui qui consiste à administrer de *grands bains froids répétés*, avec affusions froides dans le bain et, dans l'intervalle, des compresses froides. Bien que la durée et la température des bains doivent être réglées d'après le degré de réfrigération observée après chaque bain (la température rectale doit être abaissée de 1° au moins après le bain), et leur intervalle d'après la durée de la rémission obtenue par le bain, la pratique démontre que, dans l'immense majorité des cas, le bain de 15 minutes, à 20 degrés, toutes les trois heures jour et nuit, tant que la température rectale du malade se maintient élevée au-dessus de 38°5, suffit à remplir l'indication.

« 3° L'application de ces principes thérapeutiques donne des résultats d'autant plus favorables que la maladie est traitée plus méthodiquement et surtout à une date plus rapprochée de son début : la fièvre typhoïde revêt une allure rassurante pendant tout son cours, et la durée de la convalescence est considérablement abrégée, le retour à la santé est intégral. Les complications sont rares dans ces conditions; bien loin qu'il y en ait de spéciales à ce mode de traitement, il n'y a pas de suites fâcheuses, soit prochaines, soit éloignées, qui puissent lui être directement imputées.

« 4° Lorsqu'on ne peut appliquer ce traitement qu'à une époque éloignée du début de la maladie, lorsqu'il s'agit non plus de prévenir les complications, mais de les combattre, les résultats, bien que désormais aléatoires, sont encore supérieurs à ceux qu'obtient toute autre méthode thérapeutique.

« En conséquence, les médecins soussignés se déclarent partisans de la méthode de Brand contre la fièvre typhoïde, avec la conviction éprouvée que cette méthode, régulièrement appliquée dès le début de la maladie, abaisse considérablement le taux de la mortalité.

« Ils attestent qu'ils l'appliquent dans leurs familles, dans leurs services hospitaliers et dans la pratique privée. »

Suivent les signatures des 22 médecins signataires de cette protestation.

M. Glénard ajoute que la méthode des bains froids repose sur les éléments suivants : vingt années d'observation en Allemagne et dix années d'observation à Lyon.

Environ trente mille cas de fièvre typhoïde traités par les bains froids en Allemagne, à Lyon, en Algérie, dans l'armée, en temps de paix et de guerre, comme dans la population civile, dans des centaines d'épidémies, par un millier de médecins.

Réduction actuelle, depuis les bains froids, du taux de la mortalité de la fièvre typhoïde à 9 p. 100 dans l'armée allemande et dans les hôpitaux civils de Lyon au lieu de 26 p. 100, à 1 ou 2 p. 100 dans quelques hôpitaux militaires et dans la pratique civile.

Adoption définitive de la méthode des bains froids par le corps médical de l'armée allemande, ainsi qu'il résulte de ses rapports officiels au ministère de la guerre, et par le corps médical des hôpitaux de Lyon.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Léon Colin, Legouest, Moutard-Martin, Peter, Rochard et Villemin.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Jules Guérin lit une *Note sur les formes ébauchées et la période prodromique de la fièvre typhoïde.* L'orateur rappelle que déjà, il y a plusieurs mois, à propos de la communication de M. Vulpian sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'acide salicylique, il a appelé l'attention de l'Académie sur deux points de pathologie généralement trop mal connus des médecins.

En ce qui touche les formes ébauchées de la fièvre typhoïde, la preuve de leur existence est fournie par l'observatioo des diverses épidémies. Dans la dernière, par exemple, la maladie s'est présentée avec une physionomie amoindrie; elle a offert une marche irrégulière, une durée moindre, et, en effet, une curabilité plus grande. Les formes ébauchées y étaient communes. Il y avait, du reste, dans cette épidémie, comme dans les autres, des différences de degré, et ce qui prouve bien l'identité de nature entre les cas qui affectent la forme la plus grave et ceux qui, simples ébauches, guérissaient presque d'emblée au lieu d'achever leur évolution comme les premiers, c'est qu'on les observait simultanément dans les mêmes familles. M. Jules Guérin en cite plusieurs exemples. Il en est donc de la fièvre typhoïde comme du choléra, de la fièvre jaune, de la fièvre puerpérale, des fièvres éruptives; pour la bien connaître sous tous ses aspects, pour s'en faire une idée exacte, il faut disposer tous les faits suivant la méthode que M. Jules Guérin désigne sous le nom de *méthode de la série étiologique*.

On ne se laisse plus tromper alors par les différentes apparences et on reconnaît nettement l'unité de la cause qui les relie entre elles.

Du reste, les expériences d'atténuation des virus prouvent combien une même cause morbide peut varier en intensité d'action, suivant diverses influences dont la plupart sont encore mal connues.

M. Jules Guérin résume ainsi la première partie de son mémoire :

1. L'action du virus typhique est susceptible de s'exercer sur l'organisme humain à des degrés différents, et les modifications qui en résultent peuvent s'exprimer par des changements dans les formes, la marche, la durée et l'intensité de la maladie.

2. L'épidémie typhique que nous venons de traverser a témoigné par ses formes variées et incomplètes, par sa marche indécise, par la discordance de ses lésions et finalement par sa bénignité exceptionnelle, de la possibilité des mêmes modifications et atténuations dans l'évolution de la fièvre typhoïde endémique de nos contrées.

M. Jules Guérin traite ensuite de la période prodromique qui précède, suivant lui, l'apparition des symptômes pathognomoniques, diarrhée fétide, gargouillement dans la fosse iliaque droite, taches lenticulaires, épistaxis, vertiges et enfin fièvre.

Ces symptômes, considérés généralement comme indiquant le début de la fièvre typhoïde, se rapportent à la maladie confirmée.

La période prodromique est complètement distincte de la période d'incubation, car, à la différence de celle où elle se traduit par des signes extérieurs, ces signes extérieurs sont les mêmes qui constituent toute la maladie dans certaines formes ébauchées. Là aussi, ce qui domine tout, ce qui éclaire le diagnostic, c'est l'étiologie.

M. J. Guérin rappelle ses propres recherches sur l'*intoxication stercorale* et la théorie à laquelle il est arrivé, théorie distincte de celle que l'on a appelée la doctrine *anglaise*.

L'épidémie actuelle a démontré qu'indépendamment de ses nombreuses particularités, presque aussi diverses que les sujets atteints, la maladie peut affecter trois formes principales : *nerveuse, pulmonaire, intestinale*. A chacune de ces formes correspond une variété de la période prodromique.

Ces formes peuvent se combiner l'une avec l'autre. Durant cette période prodromique, M. Jules Guérin emploie les purgatifs contre la forme intestinale, les vomitifs contre la forme thoracique. Après cela, il fait alterner les évacuants avec les désinfectants, le charbon surtout. Très souvent ainsi, il parvient, quand la maladie en est encore à ses débuts, à l'empêcher de prendre un développement complet. Du reste, cette même méthode a été dernièrement appliquée en Allemagne, et M. Griesinger affirme avoir guéri, en quatre ou cinq jours, des cas dont l'identité de nature avec la fièvre typhoïde serait démontrée, suivant lui.

M. Jules Guérin termine en exprimant l'espoir que ses idées sur l'étiologie, la pathogénie et la thérapeutique de la fièvre typhoïde, aujourd'hui adoptées dans les pays d'outre-Rhin, pourront, en revenant en France sous l'estampille germanique, trouver désormais plus de crédit auprès de ses compatriotes.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 janvier 1883. — Présidence de M. Labbé.

— M. Delens dépose sur le bureau la thèse de M. Lablancherie, sur l'enclavement du nerf radical par le cal, dans les fractures de l'humérus.

— M. Richelot fait un rapport snr une observation de M. Millot-Carpentier intitulée : ostéomyélite suppurative avec carie de l'extrémité inférieure du tibia, de l'astragale et du calcaneum, amputation de la jambe, guérison. — Il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite d'une chute, eut de l'ostéite de la malléole interne; cette ostéite s'étendit peu à peu, il y eut de l'ostéoarthrite et il fallut intervenir chirurgicalement. M. Millot-Carpentier voulut tenter de faire une résection tibio-tarsienne; mais, au cours de l'opération, il vit que les lésions étaient trop étendues et il pratiqua l'amputation au tiers inférieur. Pansement de Guérin, guérison complète après le second pansement.

— M. Horteloup lit, au nom de M. Chipault, d'Orléans, une communication sur une observation d'œdème malin des paupières traité et guéri par la teinture d'iode, en injections hypodermiques, en topique et en potion.

— Fibromes douloureux du périoste. — M. Nicaise fait sur ce sujet une intéressante communication: Une femme de 37 ans, entrée dans son service au mois de juillet, avait, depuis dix-neuf années, une affection douloureuse du genou. A l'âge de 18 ans, cette femme reçut un coup à la partie interne du genou, et, depuis cette époque, elle a toujours eu des douleurs excessives et continues, qui l'empêchaient de se servir de son membre. Elle vit plusieurs médecins et chirurgiens qui lui firent suivre des traitements variés, sans arriver à aucun résultat. Le membre était arrivé à un degré d'atrophie assez notable et la malade était dans un état général mauvais; elle avait maigri, elle était nerveuse et ne pouvait calmer ses douleurs que par les injections de morphine. Depuis six ans, il existe au niveau du condyle interne du fémur, une tuméfaction, bien limitée, régulière, douloureuse à la palpation. A ce niveau, la peau est brunâtre, adhérente en quelques points; il n'y a pas d'œdème. En certains points, la consistance de la tumeur est mollasse; en d'autres points, elle est très dure. L'articulation du genou est saine. Devant ces symptômes, M. Nicaise pensa qu'il avait affaire à une ostéite névralgique du condyle interne du fémur ou à un kyste séreux développé dans l'intérieur de ce condyle, et il se disposait à trépaner

L'opération fut faite le 18 juillet, avec l'application de la bande d'Esmarch et après avoir pris toutes les précautions de la méthode de Lister. Dès que le tissu cellulaire fut incisé on découvrit de petites tumeurs ressemblant à des névromes. Ces tumeurs, de volumes très différents, étaient en très grand nombre et s'étendaient sous le triceps, qui fut incisé, jusqu'au périoste auquel elles étaient adhérentes. Par leur réunion elles formaient une couche régulière, lisse et unie, et celles de ces tumeurs qui étaient adhérentes au périoste s'étaient creusées de petits godets sur la surface de l'os. Au niveau de l'articulation du genou, elles adhéraient à la synoviale qui était très amaincie, et pour les enlever on fut obligé d'ouvrir largement l'articulation. Pansement de Lister, guérison complète; la malade marchait vingt-deux jours après l'opération. La santé générale s'était beaucoup améliorée et aujourd'hui elle est tout à fait guérie.

Les petites tumeurs enlevées furent examinées avec soin par M. Variot, et elles ont présenté les caractères des fibromes simples, sans éléments nerveux dans leur intérieur. M. Nicaise pense qu'il faut rapprocher ces tumeurs, des tubercules sous-cutanés douloureux, qu'elles rentrent dans la classe des tumeurs irritables, et qu'on peut les appeler des fibromes douloureux du périoste. Les cas semblables sont très rares. Vogt en a cité un cas, développé sur le périoste du tibia. L'auteur insiste en outre, sur le bon résultat donné par l'emploi du pansement de Lister qui, malgré l'ouverture de l'articulation, a amené la guérison en vingt deux jours.

M. Richelot a vu une jeune fille qui présentait dans la même région un lipome simple, mais très douloureux; la tumeur n'avait de connexion ni avec le périoste, ni avec des filets nerveux.

M. Monod a vu avec M. Verneuil un homme qui avait dans la jambe des douleurs vives à partir du genou. On pensa à un angiome douloureux à cause des varicosités qui siégeaient à la jambe, et d'une petite tumeur située au niveau de la tête du péroné. On enleva la tumeur; c'était un lipome et son ablation amena une guérison complète.

— La Société procède aux élections pour deux places de membres correspondants étrangers, et trois places de membres correspondants nationaux.

Sont nommés membres correspondants étrangers : MM. Mosetig-Moorhof (de Vienne) et Sands de (New York.)

Membres correspondants nationaux : MM. Canvy (de Béziers) Demons (de Bordeaux) et Martel de (Saint-Malo.)

Dr Henri Bastard.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 7 décembre 1882.

M. Georges Hervé présente, en son nom et au nom de M. Chudzinski, des pièces qui démontrent l'existence d'un appendice cœcal rudimentaire sur l'intestin de quelques singes pithéciens.

L'appendice vermiculaire du cœcum a longtemps été considéré comme un organe exclusivement propre à l'homme. On dut revenir sur cette opinion, lorsqu'une connaissance plus complète de l'anatomie des anthropoïdes eut montré chez tous un appendice cœcal qui, chez le gorille et le chimpanzé, est même plus développé que chez l'homme. Mais jusqu'ici il était admis que ce diverticule intestinal fait défaut chez tous les singes pithéciens et cébiens. Ce prétendu caractère différentiel entre les singes quadrupèdes et les primates supérieurs ne saurait plus être donné comme absolu. On peut observer, en effet, sur le cœcum de quelques pithéciens, une disposition de la partie terminale de cet intestin dans laquelle on retrouve, sous une forme rudimentaire, mais déjà parfaitement indiquée, le diverticule cœcal des anthropoïdes et de l'homme : c'est un petit cul-de-sac diverticulaire qui continue directement le cœcum proprement dit, ou vestibule cœcal, dont il se différencie nettement à l'extérieur par le brusque rétrécissement de son calibre. Broca, dans son mémoire sur l'ordre des Primates, avait signalé déjà l'existence de cet appendice rudimentaire chez la guenon callitriche (cercopithecus sabœus). MM. Hervé et Chudzinski, qui l'ont vu également chez le cercopithèque, l'ont retrouvé surtout marqué chez le macaque. L'intérêt de cette disposition morphologique réside surtout dans ce fait qu'elle reproduit à l'état permanent chez les singes pithéciens une disposition fœtale transitoire du cœcum de l'homme.

M. Orchansky, de Saint-Pétersbourg, communique les résultats des mensurations qu'il a effectuées sur les vingt-trois crânes d'assassins du Musée Orfila. Ces résultats concordent avec ceux qui ont été obtenus déjà par MM. Bordier, Ten Kate et Paulowski, Lombraso, Héger et Dallemagne. En général, la partie frontale du crâne est un peu moins développée chez les assassins, tandis que la région pariétale l'est un peu plus que dans une série de crânes quelconques. M. Orchansky s'est attaché particulièrement à l'étude de la face un peu négligée par ses prédécesseurs. Il a constaté que les dimensions moyennes de la mandibule sont supérieures aux dimensions moyennes normales. Ce fait vient à l'appui de l'une des conclusions formulées précédemment par M. L. Manouvrier, dans son mémoire sur le *Développement quantitatif comparé de l'encéphale et de diverses parties du squelette*, relativement au poids de la mandibule comparé au poids du crâne. Cet auteur a constaté que, par le rapport pondéral crânio-mandibulaire, les assassins français se rapprochent des races inférieures.

Dr Manouvrier.

FORMULAIRE

Traitement du lichen ruber sans arsenic (Unna).

Rec.	Onguent à l'oxyde de zinc benzoïdé	500 grammes.
	Acide phénique	20 —
	Sublimé corrosif	0,50 centig. à 1 gr.
	M. s. a.	

Faire avec cette pommade une friction matin et soir. Dans l'intervalle des frictions, le malade restera couché, enveloppé dans une couverture de laine.

On le soumettra d'ailleurs à toutes les précautions usitées en vue de prévenir le développement de la salivation mercurielle.

La durée du traitement dans les cas relatés par Unna n'a pas dépassé trois semaines.

Pommade au naphtol pour le traitement de la gale.

(Kaposi).

Rec.	Naphtol	5 grammes.
	Axonge	100 —
	Savon noir	50 —
	Craie en poudre	10 —
	M. s. a.	

Le malade sera frictionné avec cette pommade au sortir d'un bain chaud.

Cette pommade offre comme avantages de n'avoir point de mauvaise odeur et de ne point irriter la peau. Par contre, l'élimination du naphtol par le rein irrite cet organe et peut produire de l'hématurie chez les sujets qui ont des lésions rénales.

D'après Kaposi, l'usage de cette pommade guérit également certaines autres éruptions, en particulier l'eczéma.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Mémoires de chirurgie.

Tome troisième.

ÉTATS CONSTITUTIONNELS ET TRAUMATISME, par le professeur VERNEUIL.

Ce nouveau volume des mémoires de chirurgie contient l'exposé des travaux favoris du professeur Verneuil et des recherches qu'il a inspirées à ses élèves. Il serait aujourd'hui superflu de rappeler l'ordre d'idées auquel le chirurgien de la Pitié s'est patiemment attaché depuis vingt ans; les nombreux travaux qu'il a publiés ou inspirés pendant cette période ont vulgarisé la connaissance de faits qui jusqu'alors n'avaient pas eu d'historien, et dont l'idée flottait confusément dans les esprits sans forme précise ni conception déterminée. Ces faits patiemment ramassés et commentés ont pris un corps et forment aujourd'hui un ensemble de doctrine; le vague de certaines expressions a pu disparaître, remplacé par des notions plus claires et, dans nombre de cas, les indications thérapeutiques et pronostiques ont acquis une précision jusqu'alors inconnue.

Rattacher chaque accident du trauma, chaque complication de la lésion traumatique, chaque anomalie du processus réparateur à un état morbide ou anormal de la constitution de l'appareil, de l'organe ou du tissu blessés, chercher dans les conditions actuelles ou antérieures du sujet l'explication du phénomène dont il devient le siége et le terrain, substituer aux termes vagues de *prédisposition, d'idiosyncrasie* des notions pathogéniques réelles: tel a été le but du professeur.

En 1863, à propos d'une observation célèbre de Mirault d'Angers, M. Verneuil entrait résolument dans la voie des recherches de pathogénie appliquée aux affections chirurgicales. En 1867, l'étude des *Conditions organiques des opérés* lui fournissait une communication des plus intéressantes au Congrès international de Paris et, en 1879, au Congrès d'Amsterdam, un travail *Sur les indications et contre-indications opératoires chez les sujets atteints de maladies constitutionnelles*, résumait les immenses résultats obtenus dans cette voie depuis le commencement de ce genre de recherches. Les pièces justificatives de ce mémoire ne sont autres que les nombreux travaux composant le volume actuel.

Une courte analyse ne saurait donner une idée de la multiplicité des faits rapportés ici; nous ne pouvons que signaler en passant l'étude si complète des rapports du traumatisme avec l'alcoolisme et avec le paludisme, la monographie absolument originale consacrée aux névralgies traumatiques secondaires précoces liées à l'arthritisme, l'importante question du diabète d'origine paludique, etc. Il me faudrait dépasser de beaucoup les limites de cet article pour effleurer seulement tous les sujets traités ou toutes les questions soulevées dans ces divers mémoires. A chaque pas, l'auteur accumule les faits venant à l'appui de sa thèse; il nous montre les accidents que la blessure fait éclater chez l'alcoolique, le diabétique, le paludique; il en tire les indications et les contre-indications créées par ces différents états constitutionnels et, remontant du particulier au général, il s'attache à démontrer les origines des complications traumatiques ou opératoires et à faire reconnaître les liens qui unissent entre eux les divers états pathologiques.

Cette étude, à laquelle l'éminent professeur a voué toute son activité scientifique, restera sans doute l'un de ses plus beaux titres de gloire; toute une génération chirurgicale, forte de son enseignement, redira avec quelle ardeur il a pourchassé la maladie derrière la lésion, avec quel soin minutieux il a demandé à l'ensemble du sujet les éléments du pronostic et du traitement, avec quelle avide curiosité il a découvert tant de relations jusqu'alors inconnues. Si, laissant de côté certaines questions théoriques et spéculatives forcément soulevées par cette étude, certains points encore obscurs que l'avenir se chargera d'éclairer, on voulait résumer en quelques mots le résultat pratique de cette partie de l'œuvre du professeur Verneuil, on pourrait dire qu'en nous montrant la source et la nature des complications et des dangers, il a mis entre nos mains des armes pour les prévenir et les combattre, et jeté dans nos esprits les germes d'une sage prudence.

G. BOUILLY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ÉTUDE SUR LA RÉDUCTION DE LA LUXATION DU POUCE EN ARRIÈRE AU MOYEN DES MANŒUVRES DE DOUCEUR PAR LE Dr GUERMONPREZ (de Lille), in-8 de 14 pages, Paris 1882, J.-B. BAILLIÈRE et fils, éditeurs.

Ayant eu l'occasion d'observer récemment une luxation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière, M. Guermonprez l'a réduite aussitôt après l'accident par des manœuvres de douceur. Voici comment l'auteur décrit son manuel opératoire:

« Mes deux pouces étant appliqués sur la face dorsale de la phalange et mes deux index prenant point d'appui sur la tête du métacarpien, je fis glisser doucement la partie articulaire de la phalange sur le dos du métacarpien correspondant. Ce glissement s'effectua lentement, sans que j'aie éprouvé la moindre résistance, ni le plus petit frottement dur. Tout d'abord indolore, cette manœuvre devient peu à peu plus pénible, jusqu'à être insupportable à la blessée. Je ne crus pas devoir insister, bien que je n'eusse fait aucun effort, aucune secousse de coaptation.

« Examinant alors le résultat, la patiente fut aussi surprise que moi-même de trouver la luxation totalement réduite. »

« Restaient les signes de l'entorse. En effet, le lendemain, une violente arthrite s'est manifestée. On applique quatre sangsues en deux jours, et des cataplasmes; on a recours aux bains tièdes, et le quatrième jour les symptômes aigus disparaissent. Un mois après l'étendue des mouvements du pouce n'est pas redevenue complète « il existe une certaine tuméfaction de l'article avec sensibilité modérée à la pression des parties antérieures et latérales de l'interligne articulaire. »

M. Guermonprez a fait de cette observation le point de départ d'une étude historique intéressante sur la réduction des luxations du pouce.

Dr ALBERTUS.

NOTICE SUR LA QUINOÏDINE. — V. Goupy et Jourdan, éditeurs.

Il y a quelques années, le docteur Burdel (de Vierzon) appelait l'attention du Corps médical sur les succès qu'il obtenait contre les fièvres de la Sologne avec un dérivé du quinquina, la quinoïdine, qui avait été soumise à son expérimentation.

« J'ai vu si fréquemment, disait-il, les sels de quinine échouer dans les fièvres à l'état chronique et par contre les résines et extraits du quinquina réussir si admirablement, que, partant de ce principe, j'ai depuis longtemps déjà remplacé, dans le traitement

de celles-ci, les poudres et les extraits de quinquina par le quinium d'abord, et aujourd'hui par la quinoïdine. »

Les affirmations du savant praticien ont reçu depuis de nombreuses confirmations dont la presse médicale s'est faite l'écho à diverses reprises. M. Duriez, pharmacien à Paris, qui a préparé et expérimenté la quinoïdine, a eu l'idée de réunir dans une notice les diverses publications dont elle a fait l'objet.

Il résulte de ces divers documents que la quinoïdine est appelée à répondre aux mêmes indications que les préparations ordinaires du quinquina : poudre, vin, sirop, extrait, etc., mais avec une bien plus grande puissance d'action. Son efficacité, lorsqu'elle est pure, est suffisante pour lui permettre de suppléer, dans la plupart des cas, la quinine et de lui être souvent un auxiliaire précieux.

Pour ceux de nos confrères qui seront tentés d'éprouver l'efficacité de ce dérivé du quinquina, nous reproduisons ici le sommaire de cette notice : ORIGINE DE LA QUINOÏDINE. — EXPÉRIMENTATION ET RÉSULTATS OBTENUS. — DOSES. — FORMES PHARMACEUTIQUES. — EXTRAITS DES MÉMOIRES A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE; PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS DIVERSES.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — On nous annonce la mort de M. le docteur Paul Durand, qui vient de succomber à Paris à l'âge de soixante-seize ans, ainsi que celle de M. le docteur J-B. Devillers, à Arras, après quarante-trois ans de pratique médicale, et de M. le docteur Tarrillon, de Faulquemont (Alsace-Lorraine).

***

LA DERNIÈRE MALADIE DE M. GAMBETTA. — En publiant le procès-verbal sommaire de l'autopsie de M. Gambetta, les journaux politiques annonçaient une relation prochaine et plus détaillée, non seulement des résultats de la nécropsie, mais encore des symptômes offerts, durant sa maladie, par l'illustre homme d'Etat. Nous attendions que cette relation eût été donnée pour la publier ou l'analyser. Comme elle tarde à paraître, nous croyons devoir, à titre de document historique, reproduire le procès-verbal rappelé plus haut. Nous ajouterons simplement, et sans commentaire, que, d'après des renseignements puisés à bonne source, on aurait trouvé, à la suite d'un examen plus minutieux, une perforation de l'appendice iléo-cœcal qui rendrait compte des symptômes et des lésions.

« Ville-d'Avray, 2 janvier, 11 h. du matin.

« L'autopsie faite avec le plus grand soin, et dont le procès-verbal détaillé sera ultérieurement publié, a fait connaître :

« 1° Une inflammation ancienne de l'intestin ayant produit un rétrécissement de la terminaison de l'intestin grêle et de la valvule *ileo-cœcale*.

« 2° Une large et profonde infiltration purulente siégeant en arrière du *colon* et dans la paroi abdominale.

« 3° Un léger degré de péritonite généralisée qui s'est produite dans les derniers moments de la vie.

« Les autres organes ne présentaient aucune lésion. La blessure était complètement cicatrisée.

« En somme, M. Gambetta a succombé à une *pérityphlite* et une *péricolite* suppurées.

« Toute intervention chirurgicale eût été inutile et dangereuse. Elle n'eût eu d'autre résultat que d'abréger la vie.

« Ont signé : les professeurs Paul Bert, Brouardel, Charcot, Cornil, Trélat, Verneuil : les docteurs Lannelongue, Siredey, Fieuzal, Liouville, Mathias-Duval, Laborde, Gardat, Gille et M. Paul Gibier, interne »

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — La troisième épreuve, — leçon d'une heure après vingt-quatre heures de préparation, — qui devait commencer le jeudi 4 janvier 1883, a été retardée par suite de l'indisposition d'un membre du jury. Elle a été reportée à lundi dernier 8 janvier.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — Un concours s'ouvrira le 1er juillet 1883 pour un emploi de suppléant des chaires de clinique, de pathologie externe et d'accouchements. Le registre d'inscription des candidats, ouvert dès ce jour, sera fermé un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ. — Par arrêté préfectoral en date du 29 décembre 1882, M. le docteur Lagneau, membre de l'Académie de médecine, est nommé vice-président du Conseil pour l'année 1883.

— M. Patin est nommé secrétaire dudit Conseil pour la même année.

***

PRIX CIVIALE. — Ce prix vient d'être décerné à M. Guiard, interne en médecine à l'hôpital Necker dans le service de M. le professeur Guyon.

***

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — Nos deux confrères MM. les docteurs Hamon et Paul Rey sont chargés, par le ministère de l'instruction publique, de missions scientifiques, le premier au Choa et dans le pays des Gallas à l'effet d'y entreprendre des recherches médicales et d'histoire naturelle ; le second au lac Copaïs en vue d'y faire des collections destinées à l'Etat.

***

MUSÉE MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — Ce musée, dont la création a été votée par le Conseil municipal, sur la proposition de M. le docteur Bourneville, sera établi dans la chapelle de l'Hôtel-Dieu. Une somme de 16,000 francs sera affectée à son installation.

***

COURS DES MALADIES DU NEZ ET DES OREILLES. — M. le docteur Calmettes commencera ce cours à sa clinique, 15, rue des Grands-Augustins, le mardi 16 janvier, à 5 heures et le continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure. Ce cours, qui durera six semaines, consistera en une leçon théorique, suivie de démonstrations pratiques sur quelques malades. On s'inscrit à la clinique les lundi, mercredi, vendredi, de 9 heures à midi.

***

CLINIQUE OTOLOGIQUE. — *Consultations gratuites*. — M. le docteur E. Ménière commencera ses leçons et ses exercices pratiques sur les maladies des oreilles, le mardi 16 janvier et les continuera les vendredis et mardis suivants, de midi à 2 heures, rue des Grands-Augustins, n° 20. (Quartier de l'Ecole de Médecine).

***

MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE. — Le docteur H. Picard commencera son cours le mardi 16 janvier, à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le docteur Fallot (E.-L.) est institué, pour une période de dix ans, suppléant des chaires de médecine, en remplacement de M. le docteur Layet, appelé à d'autres fonctions.

***

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. le docteur Merz est institué,

pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie

***

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. Vallet (L.-C.) est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires de chimie et toxicologie, pharmacie et matière médicale, hygiène et histoire naturelle, en remplacement de M. Debionne, appelé à d'autres fonctions. — M. Vallet est institué en outre, pour une période de six ans, chef des travaux chimiques à ladite école.

**

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE.—M. le docteur Nicolas (A.-D.) est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physiologie et d'anatomie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1882-83

1. M. Stopain. Le zona du membre supérieur. — 2. M. Mayet. Du traitement douxj[du larmoiement et de la dacryocystite. — 3. M. Toubin. De l'albuminurie consécutive aux excitations cutanées. — 4. M. Kemhadjiam-Mihran. Contribution à l'étude de la paralysie bilatérale du dilatateur de la glotte. — 5. M. Broussin. Etude sur la taille hypogastrique. — 6. M. Rivière. Des fistules stercoro-purulentes. — 7. M. Robin. Des kystes spermatiques. — 8. M. Delattre. De l'alimentation artificielle et des poudres alimentaires. — 9. M. Danopoulos. De la lymphangite utérine et de ses rapports avec l'infection générale puerpérale. — 10. M. Talayrach. Du pneumo-thorax; première manifestation de la tuberculose. — 11. M. Gosselin. Etude sur les rapports de la tuberculose et du cancer. — 12. M. Batut. De la scarlatine chirurgicale. —13. M. Giraud. Des phlyctènes dans les fractures.—14. M. Samsoen. Etude sur la paralysie saturnine. — 15. M. Ferrand. Contribution à l'étude de la phthisie laryngée, la dysphagie et ses conséquences. — 16. M. Riolan. Quelques considérations sur la pleurésie aiguë franche, et sur son traitement particulièrement par les frictions mercurielles unies aux purgatifs et aux diurétiques.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 28 DÉCEMBRE AU JEUDI 11 JANVIER 1883.

Fièvre typhoïde 84. — Variole 9. — Rougeole 18. — Scarlatine 1. — Coqueluche 5. — Diphthérie, croup 35. — Dysenterie 1. — Erysipèle 9. — Infections puerpérales 9. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 45. — Phthisie pulmonaire 197. — Autres tuberculoses 7. — Autres affections générales 83. — Malformation et débilité des âges extrêmes 74. — Bronchite aiguë 0. — Pneumonie 81. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 46, — au sein et mixte 33. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 113. — de l'appareil circulatoire 86. — de l'appareil respiratoire 84. — de l'appareil digestif 43. — de l'appareil génito-urinaire 31. — de la peau et du tissu lamineux 1. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 40. — Causes non classées 2. — Total de la semaine : 1202 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE ;

Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN ;

Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 16 janvier 1883.

LA MÉTHODE DES BAINS FROIDS DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Il y a huit jours, l'Académie de médecine a été le théâtre d'une véritable manifestation en faveur de la médication réfrigérante appliquée au traitement de la fièvre typhoïde. Pour le dire en toute franchise, cette manifestation avait bien l'air d'une leçon déguisée qu'essayait de donner à l'Académie M. Frantz Glénard, érigé en porte-parole de la presque unanimité des médecins des hôpitaux de Lyon.

Nous sommes loin de l'époque où le Parlement de Paris proscrivait l'usage de l'antimoine, et les confrères lyonnais ne vont pas jusqu'à réclamer l'obligation du bain froid à outrance pour tout malade atteint d'un embarras gastrique plus ou moins fébrile. Ils se sont contentés de faire savoir à l'Académie qu'elle n'entendait rien au traitement de la fièvre typhoïde, et qu'elle avait tort d'ignorer que le taux de la mortalité causée par cette maladie pouvait être *indéfiniment réduit*, au gré du médecin, à condition que celui-ci se résigne à appliquer le traitement par les bains froids avec la rigueur formulée par M. Brand, de Stettin. Les preuves, M. Glénard et ses partisans lyonnais les voient, plus qu'ils ne les montrent, dans « vingt années d'observation en Allemagne et dix d'observation à Lyon. »

Avant de se rendre à Stettin ou à Lyon pour recevoir des leçons de thérapeutique qu'elle ne réclamait pas, l'Académie a pensé qu'il serait à la fois plus sage, plus digne et plus utile de nommer une commission, à charge de réviser les chiffres retentissants, mais laconiques, cités par M. Glénard ; j'ai des raisons de croire que cette tâche sera facile autant que les résultats instructifs. Il est reconnu depuis longtemps qu'avec des statistiques on prouve ce que l'on veut, et qu'en usant de la meilleure foi du monde, on commence par se tromper soi-même en voulant trop convaincre les autres. Il en a été ainsi pour la médication réfrigérante qui est tombée en butte à des attaques injustes, parce qu'elle n'a pas donné entre les mains de tous, les résultats trop brillants obtenus avec des combinaisons de chiffres, par des apôtres trop enthousiastes. C'est du moins l'idée que nous avaient laissée, à M. Labadie-Lagrave et à moi, les statistiques publiées par M. Brand et d'autres médecins allemands, et que nous avons dépouillées avec la plus grande attention, alors que mon excellent ami écrivait sa thèse d'agrégation « Du froid en thérapeutique » (1878). Il y a dans ce consciencieux travail des pages écrites avec la plus grande impartialité et que liront avec fruit les médecins désireux de s'édifier sur la valeur de la médication réfrigérante. Je me bornerai à en extraire les lignes qui suivent :

« Les partisans de la médication antipyrétique par le froid objecteront sans doute que si leur base théorique est fausse en partie, il n'en est pas moins vrai que dans la fièvre typhoïde, où cette médication a été mise en pratique, elle a donné des résultats supérieurs à ceux que l'on avait obtenus jusqu'ici, comme semblent le prouver les statistiques. Nous répondrons à notre tour que les chiffres prouvent surtout ce qu'on veut leur faire prouver. Quand on est prévenu en faveur d'une médication, on a soin d'ordinaire d'éliminer de la statistique les cas graves, en prétendant que le traitement a été institué à une époque trop tardive pour pouvoir être efficace. C'est ce qui est arrivé à plus d'un des médecins qui ont dressé des statistiques démontrant la supériorité du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. Nous ferons remarquer, en outre, que les statistiques considérées dans leurs résultats bruts ne nous renseignent pas en général sur l'âge des malades. Or, c'est là un facteur d'une grande importance, car on sait que la fièvre typhoïde est le plus souvent bénigne chez les enfants. » De fait, quand on tient compte de l'âge des malades confondus dans une même statistique, le mirage tombe. M. Labadie-Lagrave citait, par exemple, les résultats publiés par M. Schmidt, d'Erlangen, et qui se chiffraient par une mortalité de 8,06 0/0. Or, en tenant compte de l'âge des malades, voici ce que l'on apprend :

De 0 à 15 ans	Mortalité	0	
De 16 à 30 —	—	10.1 0/0	19.6 0/0
De 31 à 45 —	—	29.1 0/0	

Ce qui donne pour les dothiénentériques au-dessus de 16 ans traités par les bains froids, une mortalité moyenne de 19.6 0/0 !

De même, la statistique générale de Brand accusait un chiffre de mortalité de 4.6 0/0 ; mais en tenant compte des seuls cas traités à l'hôpital de Stettin, on relève 15 décès sur 124 typhoïsants traités par les bains froids, c'est-à-dire 18.6 0/0. C'est à peu près le chiffre de la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris, comme le faisait remarquer M. Labadie-Lagrave (1).

Mais, dira-t-on, depuis 1878 les choses ont changé. Le traitement par les bains froids, bénéficiant de l'expérience

(1) LABADIE-LAGRAVE. DU FROID EN THÉRAPEUTIQUE. — Paris, 1878, p. 127-129.

acquise, s'est trouvé mieux à même de faire ses preuves, voire que dans le manifeste Glénard il est dit que le taux de la mortalité est descendu « à 1 on 2 0/0 *dans quelques hôpitaux militaires poméraniens et dans la pratique privée à Stettin et à Lyon.* »

Les premiers renseignements que j'ai pu recueillir sur cet intéressant sujet prouvent qu'après comme avant 1878, la médication réfrigérante appliquée avec rigueur et méthode, n'a pas donné partout, en Allemagne, des résultats aussi éclatants qu'à Stettin et dans *quelques* hôpitaux militaires poméraniens. J'avais sous la main les rapports officiels sur le mouvement des malades à l'hôpital Rodolphe, de Vienne, recueils rédigés avec le plus grand soin et publiés sous la direction du ministère de l'intérieur d'Autriche (1). J'ai ouvert ces recueils au chapitre *Ileo-Typhus.* J'ai constaté d'abord que les dothiénentériques, à Vienne comme dans la plupart des hôpitaux de l'Allemagne, étaient soumis au traitement par les bains froids.

Voici les résultats annoncés :

	Guérisons	Améliorations	Décès	Total
1875	43	1	10	54
1876	28		12	40
1877	48	1	12	61
1878	31		10	41
1879	46		14	60
1880	33		6	39
1881	42		16	58

Ces résultats sont exceptionnellement défavorables, et je me hâte d'ajouter qu'il serait injuste d'en déduire un jugement définitif sur une médication qui rend des services appréciables, quand on ne lui demande que ce qu'elle peut donner, quand, au lieu de l'ériger en méthode générale, on en limite l'emploi aux cas où elle trouve réellement ses indications. Mais on m'accordera aussi que seuls les documents précis qui se prêtent à un contrôle rigoureux, et les chiffres cités plus haut sont de ceux-là, ont de la valeur pour formuler un tel jugement. Parler vaguement d'une observation de vingt ans, de proportions centésimales qui portent sur des milliers de cas disparates, représentant des grandeurs d'espèces différentes et qu'on ne saurait indistinctement comparer entre elles, constitue un procédé dont la valeur démonstrative est des plus fallacieuses. Il faut opposer les unes aux autres des statistiques comprenant des valeurs comparables, des malades dans des hôpitaux à des malades traités dans d'autres hôpitaux, des adultes à des adultes, des typhoïsants traités en temps d'épidémie et d'encombrement à des malades soignés dans les mêmes conditions, comparer les résultats d'une même médication sur des malades atteints de la même forme de la dothiénentérie, etc. Tout cela est banal, et les médecins de Lyon en ont fait bon marché. Aussi est-il très probable qu'en rassemblant des documents qui offrent les mêmes garanties de contrôle que ceux mentionnés plus haut, on arrive à cette conclusion: qu'en ce qui concerne le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, on a été à Stettin et à Lyon, ou favorisé par une bonne fortune exceptionnelle, ou victime d'un mirage comme l'enthousiasme et les préjugé en matière de thérapeutique en ont fait naître souvent.

Le rapport de la Commission nommée par l'Académie nous dispensera sans doute de poursuivre cette intéressante enquête. Je citerai seulement en terminant cet autre renseignement statistique : Dans le courant de l'année 1881, la Commission sanitaire de Berlin a relevé 1,890 cas de fièvre typhoïde, qui ont fourni 337 décès (1). En ajoutant au nombre des dothiénentériques en traitement dans les hôpitaux de Paris le 25 juin 1882, ceux qui ont été successivement admis jusqu'au 24 décembre, j'ai trouvé un total de 5,673 malades ayant fourni 1,006 décès ; 785 restaient en traitement à cette dernière date. A Paris comme à Berlin, le rapport des guérisons aux décès se maintient entre 1/5 et 1/6, et il n'est pas douteux qu'à Berlin le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide ne soit toujours fort en honneur. Les essais faits en Allemagne avec différents antipyrétiques et antizymotiques dans le traitement de la fièvre typhoïde semblent attester d'ailleurs que la médication réfrigérante prônée à outrance n'a pas donné des déceptions à Paris et à Vienne seulement.

E. RICKLIN.

(1) *Bericht der K. K. Krankenanstalte Rudolph-Stiftung.* Wien, 1875-1876, etc.

(1) *Der Typhus in Berlin im Jahre* 1881. DEUTSCHE MED., WOCHENSCHRIFT, 1883, nº 2.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'ÉRYSIPÈLE ANTÉRIEUR COMME PRÉDISPOSITION A L'ÉRYSIPÈLE TRAUMATIQUE, par M. le professeur VERNEUIL.

Certaines maladies infectieuses n'atteignent qu'une fois le même individu ou du moins ne récidivent que très rarement ; la fièvre typhoïde est dans ce cas.

Pour d'autres, au contraire, une première atteinte, loin de conférer l'immunité, semble prédisposer à de nouvelles invasions ; c'est ce qui arrive pour la malaria.

L'érysipèle, sans nul doute, a sa place dans la seconde catégorie, parmi les maladies à répétition. Le fait n'est point contesté pour l'érysipèle dit médical ou spontané.

En est-il de même pour l'érysipèle traumatique ? Les auteurs paraissent muets sur ce point (2). J'ai posé la question il y a quelques mois devant la Société de chirurgie sous la forme suivante :

« Un sujet antérieurement affecté d'érysipèle et qui vient à être blessé ou opéré est-il particulièrement exposé à l'érysipèle traumatique, ou, en d'autres termes, un premier érysipèle expose-t-il un blessé à une seconde attaque ? (3). »

A mes réponses affirmatives et aux preuves que je fournissais je pus joindre quelques faits assez concluants apportés par mes collègues. Cependant je compris bien qu'il fallait, pour entraîner la conviction, des exemples plus nombreux et recueillis surtout dans des conditions spéciales.

(2) On ne confondra naturellement pas l'érysipèle à rechutes dont parle M. Gosselin dans le *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.* avec l'érysipèle reparaissant à des intervalles plus ou moins éloignés. Bien que d'après mon expérience cette forme ne soit pas très rare, je n'en ai pas rencontré d'exemple dans mes lectures ; seule la petite note suivante vient de me tomber sous les yeux :

« Une femme de dix-neuf ans, atteinte antérieurement de plusieurs attaques d'érysipèle de la face et de la tête, fut prise d'un nouvel érysipèle dix-sept jours après une excoriation du nez. Guérison. » (in Socin et Burckardt, JAHRESBERICHT... zu Basel, 1881, p. 137.)

(3) BULL. SOC. DE CHIRURGIE.

En effet, lorsque l'érysipèle règne épidémiquement ou qu'il atteint un blessé dans une salle d'hôpital où il existe à l'état endémique, le rôle de la prédisposition est obscur, l'hypothèse de la contagion étant suffisante.

D'autre part, les érysipèles traumatiques deviennent rares dans les services où l'antisepsie est rigoureusement pratiquée, de sorte que depuis assez longtemps aucune occasion ne m'a été offerte de vérifier le fort ou le faible de mon opinion; mais tout récemment j'ai observé un fait dont la valeur théorique me paraît considérable.

Obs. — Mme R..., soixante-onze ans, d'une constitution excellente et d'une santé ordinairement parfaite, a dû subir cependant dans le cours de ces dernières années une série d'opérations chirurgicales.

En 1875, elle portait au bas de la grande lèvre gauche une petite tumeur papillaire ulcérée qu'un chirurgien de province enleva d'un coup de ciseaux. Guérison rapide.

En 1876, Mme R... constate dans l'aîne gauche une tumeur indolente, mobile, et sans changement de coloration à la peau. On y applique naturellement la pommade à l'iodure de potassium, qui naturellement aussi reste sans effet et n'empêche point les progrès du mal. Le chirurgien, en raison des rapports de la tumeur, refuse l'opération qui, d'après lui, exposerait presque inévitablement à l'ouverture de la *grosse veine*.

Mme R..., très effrayée, vint à Paris et me fut amenée par mon excellent collègue et ami le docteur Ollivier. Je reconnus en effet que la tumeur, du volume d'une petite mandarine, était constituée par les ganglions sous-aponévrotiques de la partie la plus élevée du triangle de Scarpa et qu'elle était en rapport immédiat avec les vaisseaux fémoraux. Mais comme elle semblait assez mobile vers la profondeur et qu'il n'y avait aucun indice de compression de la veine crurale, je crus pouvoir tenter l'ablation et respecter néanmoins cet important vaisseau.

L'opération fut faite avec le concours de M. Ollivier dans une maison de santé très bien située et où ne régnait aucune maladie infectieuse. La peau, un peu adhérente à la masse ganglionnaire, devant être réséquée, je fis l'opération avec le thermo-cautère, que je ne quittai qu'au voisinage des vaisseaux. Je ne vis point directement l'artère, mais je dénudai la veine à sa partie interne dans l'étendue de trois bons centimètres. Pansement antiseptique ouvert; suites très simples. Le cinquième jour seulement un peu de malaise; léger frisson; élévation de la température. Le lendemain, nous constatons sur les bords de la plaie une plaque d'érysipèle. Un purgatif salin, les boissons acidulées, la diète, firent facilement justice de cet incident, dont la malade elle-même n'eut point connaissance et dont nous n'avertîmes même la famille qu'après vingt-quatre heures, lorsque tout était terminé. La cure s'acheva sans autre incident. Mme R... retourna dans sa province, pays de montagnes, l'un des plus salubres de toute la France.

Tout alla à souhait pendant quatre ans; mais, en 1880, ma malade revint me montrer à la partie inférieure de la vulve du côté droit, non loin de la commissure, une petite plaque de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. C'était un épithélioma papillaire ulcéré. Madame R... se tourmentait fort à l'idée d'une opération; elle alléguait son âge, la santé de sa fille, etc. Bref, en raison des petites dimensions du mal, je crus pouvoir me contenter de la cautérisation et je fis, à une semaine d'intervalle, quatre applications d'acide chromique en solution saturée. Après la chute de la dernière eschare, la plaie a l'aspect le plus favorable; elle se rétrécit sous nos yeux, et lorsque la destruction du néoplasme paraît assurée, la malade retourne dans son pays.

La guérison semble se compléter; mais, au bout de quelques mois, l'induration qui avait persisté après l'achèvement de la cicatrice, augmente et s'ulcère; la récidive est évidente. Nous la constatons sans peine, et nous trouvons un nouvel épithélioma ulcéré, large comme une pièce de deux francs, formant une plaque d'un centimètre d'épaisseur, heureusement bornée à la muqueuse et parfaitement mobile sur les portions sous-jacentes. En avril 1882, avec le concours de mon élève et ami, le docteur Kirmisson, j'enlève largement le mal avec le thermo-cautère.

La cicatrisation est lente, mais elle s'achève sans le plus minime accident.

J'avais, on le comprend, avant l'opération, exploré avec le plus grand soin la région inguinale correspondante, et n'avais rien trouvé de suspect. Lorsque Mme R... se disposa à retourner dans son pays, elle me signala la présence dans l'aîne d'un ganglion du volume d'un haricot un peu dur, mais très mobile et tout à fait indolent. Elle redoutait encore une récidive; je la rassurai de mon mieux sans être trop rassuré moi-même. La pauvre dame avait raison. Je reçus en octobre dernier une lettre m'annonçant qu'il existait dans l'aîne droite une tumeur du volume d'une noix, tout à fait semblable à celle qui avait été enlevée en 1876. J'engageai Mme R... à venir sur-le-champ, mais elle différa, effrayée qu'elle était par l'épidémie typhoïde régnante, et n'arriva que vers le 15 novembre. La masse morbide avait fait des progrès sensibles; elle avait au moins six centimètres dans ses différents diamètres et commençait à adhérer à la peau; elle répondait comme la première aux vaisseaux fémoraux qu'elle débordait en dehors et s'enfonçait profondément dans le triangle de Scarpa. Les ganglions inguinaux externes paraissaient eux mêmes légèrement hypertrophiés.

L'intervention était cette fois plus périlleuse que jamais, mais l'ablation me paraissait encore possible et j'y procédai le 26 novembre dernier, toujours assisté par M. Kirmisson. Prévoyant une dissection minutieuse et étendue de la gaîne des vaisseaux, j'opérai seulement avec le bistouri au lieu d'employer le thermo-cautère comme dans les opérations antérieures.

Je ne décrirai point l'extirpation qui n'offrit pas de difficulté sérieuse; la masse ganglionnaire était plus volumineuse que je ne l'avais supposé; il fallut mettre à nu l'artère fémorale commune à partir de l'arcade de Fallope jusqu'à trois travers de doigt au dessous. La veine fut dénudée un peu plus encore; heureusement je pus conserver sur la face isolée de ces vaisseaux une bonne couche de tissu conjonctif en outre des tuniques propres. J'eus à peine trois ou quatre petites artérioles à lier et autant de veines, y compris la sous-cutanée abdominale; la saphène interne, près de son embouchure, fut coupée entre deux ligatures.

J'appliquai sur la large plaie béante le pansement antiseptique ouvert et recommandai une désinfection constante. Les choses se passèrent tout d'abord très bien; pas de douleur, point de fièvre, soif modérée, appétit conservé, moral excellent, urines peu abondantes et foncées en couleur, mais sans dépôt; garde-robes le surlendemain de l'opération.

Celle-ci avait eu lieu le samedi à onze heures du matin; j'avais le lundi trouvé Mme R... en fort bon état. M. Kirmisson vint m'avertir le mercredi que dans le cours de la nuit précédente des accidents généraux avaient éclaté et qu'il y avait menace d'érysipèle. Arrivé près de la malade, j'appris qu'après avoir mangé le mardi soir de bon appétit des riz de veau, qu'elle aime beaucoup, mais qu'elle digère d'ordinaire assez difficilement, elle avait été prise pendant la nuit d'un frisson intense avec fièvre et vomissements. Le lendemain matin, la fièvre continuait, accompagnée de diarrhée. Mme R... se croyait simplement atteinte d'indigestion. Je constatai sans peine l'apparition d'un érysipèle.

La fille de la malade me pria de ne point parler à sa mère de cette complication qu'elle redoutait beaucoup; elle me rappela qu'en 1876 pareille chose s'était présentée; enfin elle m'apprit que pendant l'âge adulte, de trente à quarante ans à peu près, Mme R... avait eu pour le moins quinze érysipèles spontanés de la face. Le frère de la malade avait rappelé l'incident à sa nièce, qui à cette époque était à peine au monde. J'interrogeai à mon tour M. ..., qui me confirma le fait. On évitait en général de parler érysipèle devant Mme R..., et comme d'ailleurs depuis

30 ans la maladie n'avait pas récidivé, on n'avait pas cru nécessaire de m'avertir.

Je prescrivis un purgatif, la diète, le sulfate de quinine à doses faibles; je recommandai d'éviter soigneusement le froid, surtout pendant les pansements.

L'exanthème s'étendit en bas jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, en haut vers l'ombilic et le rebord des fausses côtes; mais tout se calma vers le quatrième jour, pour recommencer le huitième. A la suite d'un petit écart de régime, le frisson revint avec les vomissements, qui, cette fois, durèrent trois jours, et une fièvre assez intense à marche très irrégulière.

La plaie, au milieu de cet orage, conserva assez bon aspect, bien que l'érysipèle ait reparu sur tout son pourtour et se soit étendu assez largement du côté du dos.

Le 10 décembre, je prescris un purgatif salin, puis une dose assez forte de sulfate de quinine, car bien que Mme R... n'ait jamais eu de fièvre intermittente, les recrudescences de température, les frissons et même les sueurs, se comportaient comme dans la fièvre quotidienne à accès du matin, et paraissaient amoindris par le médicament antipériodique.

Cette attaque d'érysipèle dura une semaine; on ne peut pas la considérer comme distincte de la première, mais comme une simple rechute. Le travail de cicatrisation un instant suspendu reprit son cours et fit même des progrès assez rapides (1).

Cependant, et cette fois sans aucune cause connue, l'érysipèle reparut encore cinq jours après s'être en apparence complètement éteint. Comme de coutume, l'exanthème suivit de près le frisson, les vomissements et l'ascension de la température. La durée seule fut réduite à trois jours. Depuis cette époque, la santé n'a plus été troublée et la cicatrisation a progressé de telle sorte que, dans les premiers jours de janvier, la plaie si large et si profonde était presque enfin comblée.

J'ai dit plus haut que ce fait avait à mes yeux une valeur doctrinale considérable; je vais chercher à le démontrer.

En ce qui touche d'abord la contagion directe, il est facile d'éliminer ce facteur. J'ai fait l'opération avec des instruments qui n'avaient jamais servi; avant, pendant et après l'opération, la région inguinale, puis la plaie, furent lavées avec la solution phéniquée à 5 0/0. M. Kirmisson, qui seul m'aida avec les religieuses de l'établissement, sortait de chez lui ce matin-là et n'avait pas été à l'hôpital; il avait ses habits de ville; j'avais à la vérité fait mon service à la Pitié, mais il n'y avait alors dans mes salles et il n'y avait eu depuis plus de trois mois aucun érysipèle.

Dans la maison où j'opérais, aucun des autres patients ne présentait cette complication, qui depuis fort longtemps n'avait pas apparu. Pendant les premiers jours on avait appliqué très rigoureusement le pansement antiseptique ouvert, avec les pulvérisations répétées.

La cause appréciable et invoquée avait été l'écart de régime. Mme R... avait mangé un aliment qu'elle digérait difficilement; de là indigestion et apparition de l'érysipèle. On a rangé, avec quelque raison sans doute, les troubles saburraux et digestifs parmi les conditions favorables au développement de l'érysipèle; mais si dans un certain nombre de cas l'indigestion semble favoriser l'exanthème, il est encore plus vrai que les choses se passent à l'inverse, que l'érysipèle provoque l'indigestion, et que celle-ci constitue simplement un symptôme précoce et non point une cause. Si d'ailleurs dans le cas présent les deux premières attaques ont paru suivre l'écart de régime, rien de semblable ne s'est montré dans la troisième.

La prédisposition locale d'ordre anatomique, créée par les atteintes antérieures, cause que j'ai examinée dans ma communication à la Société de chirurgie, et qui est soutenable pour les érysipèles successifs portant sur la même région, à la face par exemple, n'a évidemment rien à faire ici.

Reste donc la prédisposition générale due à l'état constitutionnel de l'opérée. Or, je ne saurais trop le répéter, malgré son grand âge, Mme R... jouit d'une excellente santé. Je n'ai pu, sauf quelques manifestations rhumatismales et névralgiques des plus bénignes, relever dans sa vie antérieure aucune maladie grave et retrouver, malgré l'examen le plus attentif de ses organes, aucune tare anatomique.

C'est précisément en raison de cette intégrité organique, c'est parce que la malade était âgée et non vieille, que je me suis décidé à l'opérer. C'est enfin parce qu'elle avait d'excellents viscères que ses trois rechutes d'érysipèle ont pu guérir, et que je n'ai jamais désespéré du salut, bien qu'à la première atteinte l'état général ait semblé pendant deux jours au moins fort inquiétant (1).

Nous restons donc en présence d'une seule et unique prédisposition, d'un seul et unique antécédent morbide: l'érysipèle dit spontané, à répétition, se renouvelant une quinzaine de fois de 30 à 40 ans, laissant une longue trève de 26 ans, se montrant léger et fugace en 1876, lors d'une première opération, reparaissant en 1882, mais, cette fois, grave et tenace à propos d'une entreprise chirurgicale plus grave que les précédentes.

Or, quel rôle faut-il faire jouer aux premières attaques dans l'apparition des dernières? Là, est toute la question. Ceux qui contesteront le rapport, la dépendance étiologique, feront remarquer que, si l'exanthème s'est montré si souvent à une certaine époque, ce qui ne permet guère de contester une singulière aptitude morbide personnelle, en revanche, il a cessé d'apparaître pendant 26 ans, ce qui autorise à croire que l'aptitude en question avait bien dûment disparu; qu'à la vérité en 1876 et 1882, l'érysipèle a surgi de nouveau, mais après une blessure, c'est-à-dire dans des conditions où il est inutile d'invoquer une réceptivité particulière. Ils se refuseront, sans doute, à comprendre comment une prédisposition peut rester latente pendant un quart de siècle, pour se réveiller un beau jour sans altération préalable de la santé et sous l'influence d'un accident absolument fortuit, d'une simple opération chirurgicale (2).

(1) M. Kirmisson a pris avec beaucoup de soin les notes relatives à la dénudation des gros vaisseaux et à la marche de la cicatrisation à leur niveau.

(1) On sait qu'en dehors des temps d'épidémie grave, ce qu'on n'observe plus guère aujourd'hui, je porte à peu près exclusivement le pronostic de l'érysipèle traumatique d'après l'état du sang et des grands viscères. En d'autres termes, en l'absence de dyscrasies sérieuses (diabète, leucocythémie, malaria, alcoolisme) et d'altération profonde du foie, du rein, du cœur, la complication érysipélateuse ne m'inspire guère d'inquiétude. Le fait actuel vient encore à l'appui de cette opinion, qui est partagée du reste par plusieurs de mes collègues, médecins et chirurgiens. Mon seul souci venait de la dénudation des gros veineux, lésion toujours dangereuse quand survient un mouvement fébrile intense ou prolongé; je craignais, en effet, de voir se produire le sphacèle ou l'ulcération des parois vasculaires avec imminence d'hémorrhagie foudroyante. Par bonheur, la couche de bourgeons charnus recouvrant la veine et l'artère conserva toujours une épaisseur convenable et un aspect rassurant.

(2) Ils pourraient se demander aussi pourquoi des cinq opérations pratiquées de 1875 à 1882, deux seulement ont été suivies

Ceux qui, comme moi, croient à la connexion intime entre le passé et le présent, répondront que le rappel d'un érysipèle n'est pas plus difficile à accepter que le réveil d'une syphilis, d'un paludisme, d'une goutte, 10, 15, 20 ans après la cessation apparente de toute manifestation. Ils avoueront mal connaître les conditions et les causes de cette longue latence et de ces réveils imprévus; mais ils affirmeront avec les faits la latence et le réveil, et ils attendront patiemment l'heure où l'explication et l'interprétation de ces curieux phénomènes pourront se donner clairement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

L'iodoforme en Italie.

A la fin de 1853, Rigbini recommande l'iodoforme comme antiseptique et désinfectant. Plus tard, le docteur Cesare Rozzi, dans une excellente brochure, traite de l'emploi de l'iodoforme en chirurgie (année 1879); le professeur Rava publie un écrit important et très favorable à l'usage de l'iodoforme dans les maladies oculaires.

Les travaux du professeur de Cristoforis paraissent en 1879. L'auteur se sert avec avantage de l'iodoforme dans la médication intra-utérine, Bonalumi et Folinea dans les maladies vénériennes; Testa l'emploie comme dissolvant; Cianciosi obtient des résultats excellents dans six cas de tumeur blanche avec le collodion iodoformé et l'acide phénique.

En 1880, le docteur Galli publie les bons effets promptement obtenus dans le catarrhe nasal par l'application topique de poudre d'iodoforme.

Relativement à l'emploi de l'iodoforme dans le traitement des affections utérines, le docteur Novaro, dans les cas qu'il a observés, ne peut accepter l'opinion que l'iodoforme soit très efficace contre les douleurs et les hémorrhagies dépendant du cancer de l'utérus. En ce qui concerne les modifications survenues dans l'écoulement vaginal, il remarque que chez quelques femmes l'odeur de l'iodoforme provoque des troubles plus grands que l'odeur de l'écoulement vaginal. Dans les cas inopérables, il préfère le raclage et l'emploi du brôme.

Le docteur Tassi use sur une grande échelle dans le cancer, le sarcôme utérin et les affections chirurgicales en général, de l'iodoforme; il n'a jamais observé de phénomènes d'empoisonnement, mais n'a pas obtenu de grand bénéfice du médicament dans les formes malignes du cancer.

Pour le professeur Cœsarini, l'iodoforme diminue les douleurs utérines du cancer.

Le docteur Galli se sert d'un mélange d'iodoforme et d'amidon dans les nombreuses affections non malignes de l'utérus. Il n'a observé que des troubles légers, jamais d'empoisonnement. (Annali universali di med. e chirurg., novembre 1882.)

De la rupture de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, par le docteur Maugiagalli.

Des cas rapportés par l'auteur doit naître la crainte qu'une femme, guérie d'une rupture utérine, est exposée, dans une nouvelle grossesse, à la répétition de ce terrible accident. Le fait que quelques malades ont échappé une deuxième fois aux accidents survenus et se sont rétablies, ne doit pas faire perdre de vue le danger encouru.

On peut donc se demander si, lorsqu'on pratique la gastrotomie pour la rupture de l'utérus, il ne conviendrait pas de la faire suivre de l'ovariotomie normale pour rendre la femme stérile. (Annali di ostetrinia, Ginecologia, nov., 1882.)

Marius Rey.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 janvier 1883. — Présidence de M. Blanchard.

Physiologie expérimentale. — Expériences relatives aux troubles de la motilité produits par les lésions de l'appareil auditif. Note de M. Vulpian.

Les troubles du mouvement déterminés par les lésions de l'oreille interne ont été étudiés par un grand nombre d'expérimentateurs depuis qu'ils ont été découverts par Flourens. Ils sont plus difficiles à provoquer chez les mammifères que chez les oiseaux, et c'est pour cela que la plupart des expériences relatives à ces phénomènes morbides ont été pratiquées sur ces derniers animaux.

On peut cependant obtenir, sur les mammifères, des effets aussi accusés que chez les oiseaux, en introduisant certains liquides dans l'oreille; il est impossible, il est vrai, d'analyser par ce procédé, comme l'a fait Flourens, les résultats des lésions de telles ou telles parties de l'oreille interne; mais l'influence des altérations de l'ensemble de ces parties sur l'équilibration des mouvements se manifeste, chez les mammifères mis ainsi en expérience, avec une netteté et une intensité qui méritent, je crois, d'être signalées.

Si l'on verse dans une des oreilles d'un lapin quelques gouttes d'une solution aqueuse de chloral hydraté à 25 gr. pour 100, il n'y a, en général, sur le moment même, qu'une faible irritation des parties touchées; cette irritation se traduit par un peu d'agitation; quelquefois, l'animal semble n'avoir éprouvé aucune sensation. L'oreille dans laquelle on a versé de la solution aqueuse de chloral est pendante presque dès le début.

Ce n'est qu'au bout de douze à quinze minutes qu'apparaissent les troubles du mouvement. L'animal est tremblant et titubant; sa tête oscille de droite à gauche et *vice versa*; les membres se meuvent avec incertitude, et de temps à autre, surtout si on l'excite, le lapin tombe sur l'un ou l'autre de ses flancs, principalement sur le côté de l'opération. Un peu plus tard, la tête a subi une rotation assez prononcée autour de l'axe du cou, de telle sorte que la joue du côté opéré soit dirigée en bas vers le sol et l'autre joue en haut; à ce moment, l'animal commence à tourner un peu en marchant, du côté sain vers le côté opéré, en manège. Il peut ne pas se produire d'engourdissement chloralique bien reconnaissa

d'érysipèle, les trois autres n'ayant présenté aucune complication de ce genre. On serait en droit de répondre que la première ablation a été bien légère, un coup de ciseau ayant suffi; — que la troisième aussi bien que la quatrième ont été faites avec la cautérisation seule (acide chromique et thermo-cautère), méthode qui, sans mettre absolument à l'abri de l'érysipèle, en diminue cependant beaucoup les chances; — que, par cette même raison, l'érysipèle a été fort bénin à la suite de la seconde extirpation, exécutée en grande partie avec le thermo-cautère; — et qu'enfin le mal a été plus grave et plus tenace lors de la cinquième extirpation, parce que celle ci était plus étendue, plus grave et faite exclusivement avec l'instrument tranchant.

ble (1). Il y a, par moment, une sorte de rhonchus trachéo-bronchique. Les muscles de la face ne tardent pas à s'affaiblir du côté opéré.

Au bout de quelques heures, les troubles du mouvement sont des plus accusés, et le lendemain ils ont acquis leur maximum d'intensité. La rotation de la tête est devenue plus forte. L'animal tourne en roulant sur lui-même avec impétuosité : ce mouvement est aussi violent que celui qui est produit par les lésions d'un des pédoncules moyens du cervelet. Le lapin se déplace ainsi (son train postérieur étant dirigé vers l'observateur) du côté sain vers le côté opéré. Après quelques rotations autour de son axe longitudinal, l'animal s'arrête, la tête tournée comme il a été déjà dit, l'œil du côté non opéré regardant en haut, tandis que l'autre œil est dirigé en bas ; les deux yeux exécutent des meuvements étendus de nystagmus vertical. Il n'y a pas le moindre indice de paralysie des membres, mais les muscles de la face du côté opéré sont paralysés. Dès que l'animal cherche à se déplacer ou chaque fois qu'on l'excite, le mouvement de rotation autour de l'axe du corps (roulement) se reproduit avec les mêmes caractères.

Les phénomènes morbides conservent leur intensité pendant plusieurs jours, puis ils vont en s'affaiblissant peu à peu. La paralysie faciale persiste, tout aussi complète que le lendemain de l'opération.

Un des animaux opérés a succombé au bout de quelques jours, en grande partie par inanition, parce que la déviation de sa tête l'empêchait de saisir facilement ses aliments. On avait constaté sur lui, comme on l'a vu aussi sur d'autres lapins opérés de même, que l'oreille, du côté non opéré, offrait aussi un certain degré de congestion et d'irritation ; on y trouvait un peu de pus ; mais l'inflammation n'avait pas pénétré plus loin que le fond du conduit auditif externe. Du côté opéré, au contraire, il s'était fait une destruction de la membrane du tympan ; l'oreille moyenne était remplie de pus ; les cavités de l'oreille interne étaient extrêmement congestionnées et les membranes y étaient aussi en voie de suppuration. L'examen de la surface interne du crâne, de la dure-mère, des autres membranes sous-jacentes et des diverses parties de l'encéphale, n'a pas révélé la plus légère lésion, pas même la moindre congestion locale. Le nerf facial du côté de l'opération était, dans tous les points, en voie d'altération.

Sur un lapin, on a versé quelques gouttes de solution aqueuse de chloral hydraté dans chacune des deux oreilles. Le développement des accidents morbides n'a pas été plus rapide que dans les cas où l'on n'agissait que sur une seule oreille ; mais ces accidents n'ont plus été les mêmes. On a bien observé, au bout d'un quart d'heure, un peu de titubation de l'animal ; mais un peu plus tard, au lieu d'une tendance à la rotation en manège, on constatait une tendance à renverser la tête en arrière et à marcher à reculons. La tête ballotait à droite et à gauche, beaucoup plus que chez les animaux dont il a été jusqu'ici question. Ces phénomènes se sont accentués encore plus le lendemain et les jours suivants ; mais il n'y a pas eu de rotation autour de l'axe longitudinal : trois jours après l'opération, l'animal tournait parfois autour de son train postérieur, en rayon de roue, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, suivant qu'on l'avait poussé dans un sens ou dans un autre ; dès qu'il s'arrêtait, il vacillait fortement sur lui-même pendant quelques instants ; il n'offrait pas de nystagmus ; les deux côtés de la face étaient paralysés.

Les mêmes expériences répétées sur des chiens et sur un cobaye n'ont donné que des résultats bien peu nets, comparativement à ce qu'on avait observé chez les lapins. Il y a là des différences de résistance des membranes de l'appareil auditif à la pénétration des liquides irritants, qui suffisent sans doute à expliquer les dissemblances de l'action du chloral hydraté chez ces divers animaux.

Les expériences faites à l'aide du chloral hydraté sur l'oreille des lapins permettent donc d'assister à l'évolution des troubles moteurs déterminés par ces lésions irritatives de l'appareil auditif. On voit ces troubles devenir de plus en plus marqués à mesure que l'agent irritant pénètre de plus en plus profondément, et l'on constate que ces troubles acquièrent une grande violence lorsque les cavités de l'oreille interne sont atteintes à leur tour. D'après les nombreuses expériences que j'ai faites par d'autres procédés pour étudier ces phénomènes morbides chez diverses sortes de mammifères, il me paraît même vraisemblable que les premières modifications bien nettes de l'équilibration des mouvements sont déjà dues, chez les lapins opérés à l'aide du chloral, à l'action du chloral sur l'oreille interne. On doit admettre que cette substance traverse très rapidement par imbibition la membrane du tympan et se met en rapport, par l'intermédiaire des membranes de la fenêtre ovale et de la fenêtre ronde, avec les canaux semi-circulaires et le limaçon. L'intensité croissante des troubles moteurs a sans doute pour cause l'augmentation progressive de l'irritation de ces parties profondes, et, en particulier, du vestibule et des canaux semi-circulaires.

(1) L'introduction d'une petite quantité de chloral anhydre dans une des oreilles, chez un lapin, détermine bientôt un engourdissement chloralique plus ou moins profond, comme on pouvait le prévoir d'après les recherches de M. Brown-Séquard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 janvier 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE. — M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Potain comme membre titulaire dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Bouillaud, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Potain prend place parmi ses collègues.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Benjamin Ball, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

2° Une lettre de M. le docteur Henri Napias, qui se présente comme candidat à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale.

— M. CONSTANTIN PAUL offre en hommage un volume qu'il vient de publier sous le titre de : *Diagnostic et traitement des maladies du cœur.*

M. DECHAMBRE présente, au nom de M. le professeur Bertin-Sans (de Montpellier), une brochure intitulée : *Rapport sur l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Montpellier.*

Dans la dernière séance, M. HENRI GUENEAU DE MUSSY a présenté, au nom de M. le docteur Grellet, de Meoat (Puy-de-Dôme), la relation d'une petite *épidémie de fièvre typhoïde* qui a éclaté, en novembre 1882 au village de Montégnat.

L'auteur, avec des preuves démonstratives, l'attribue à l'introduction dans le réservoir des eaux potables, ordinairement très pures, d'eaux de pluies souillées de détritus organiques. Il fait remarquer que cette même cause se retrouve à l'origine de beaucoup d'épidémies rurales. M. Gueneau de Mussy est persuadé que cette remarque sera de plus en plus justifiée par les faits, à mesure que l'observation se portera dans cette direction.

Le docteur Grellet termine par un appel aux précautions prophylactiques logiquement indiquées ; M. Gueneau de Mussy souhaite que cet appel soit entendu. Il demande le renvoi de ce travail à la commission des épidémies.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Germain SÉE passe en revue les divers modes de traitement qui ont été préconisés contre la fièvre typhoïde. Les méthodes

curatives qui ont trouvé des défenseurs peuvent être divisées, suivant lui, en trois classes : 1. Expectation ; 2. Méthodes antiseptiques ; 3. Méthodes antithermiques et antipyrétiques.

Le type officiel de la méthode expectante comprend la tisane de chiendent nitré ou limonade nitrique, accompagnée de bouillon à l'hôpital, parfois d'eau vineuse, puis lavements et cataplasmes. Cette méthode classique, M. Sée consentirait à l'adopter, mais quant à ce qu'on nomme *expectation armée*, il ne souscrit à ses combinaisons que contraint et forcé, quoi qu'il advienne de ce traitement émietté des symptômes les plus minuscules, qu'on pourchasse sans méthode et sans raison.

Les méthodes antiseptiques ont pour but, ou pour prétention, de détruire les microbes qui produisent la fièvre typhoïde et leurs spores. Ces microbes spéciaux seraient les *bacilli* de Klebs ou ceux d'Eberth ; mais ils débutent par les glandes intestinales, rarement par les bronchioles ou les alvéoles pulmonaires. Les bacilli restent dans le fond de ces glandes, s'avancent des parties profondes graduellement dans les muscles, dans les interstices lymphatiques, puis ils atteignent les ganglions mésentériques et les lymphatiques de l'abdomen. On ne peut donc pas les atteindre dans les intestins. Cependant, M. Colin (d'Alfort) soutient que toutes les bactéries et les bacilli n'agissent que dans les liquides en putréfaction. A ce point de vue, les antiseptiques, qui sont en même temps antiputrides, pourraient être utiles.

Les principaux antiseptiques sont : 1. le chlore, 2. les mercuriaux, 3. les sulfites et hyposulfites, 4. l'iode, 5. le groupe de la série salicylique, 6. l'acide phénique, 7. le thymol, 8. l'acide benzoïque.

La plupart de ces antiseptiques, et surtout ceux de la série aromatique, ont un pouvoir antithermique, et c'est pourquoi, sans doute, ils n'ont pas été bannis de la thérapeutique comme ils méritaient de l'être.

Parmi les antipyrétiques et antithermiques, on compte : 1o les bains froids, affusions, etc.; 2o les bains tièdes ; 3o l'acide salicylique et le salicylate de soude ; 4o le sulfate de quinine ; 5o l'alcool.

Le sulfate de quinine est le véritable antipyrétique.

L'alcool possède le pouvoir réfrigérant à un degré moindre, mais il présente au degré le plus élevé la propriété sthénique et peut-être la faculté d'enrayer la dénutrition.

Voici les conclusions de la première partie du discours de M. Sée :

1o Les bains froids, en abaissant la température, augmentent auparavant la production de la chaleur d'une manière très prononcée ;

2o L'acide salicylique réfrigère, sans augmenter le pouvoir calorigène comme l'eau froide ;

3o Le sulfate de quinine refroidit, tout en diminuant le pouvoir calorigène. La déperdition de la chaleur est relativement augmentée par tous ces moyens ; elle est la base de l'action antipyrétique; mais le chiffre absolu de la réfrigération se règle d'après l'intensité de la production du calorique;

4o L'alcool reste provisoirement en dehors de la question, car il présente surtout l'action d'épargne, il empêche les combustions des tissus, l'usure de l'organisme pendant un certain temps et jusqu'à un certain point.

Après cela vient l'énumération des divers moyens antithermiques dont l'action serait infidèle ou dangereuse : la digitale, la vératrine, la résorcine, la kaïrine et l'acide phénique.

(M. Sée continuera son discours dans la prochaine séance.)

M. le docteur VALLIN, candidat pour la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale, lit un travail intitulé : *Note sur les neutralisants du suc tuberculeux.*

Dans les expériences dont les résultats sont contenus dans ce travail, l'auteur s'est proposé de rechercher dans quelle mesure l'inoculabilité du suc tuberculeux est modifiée par l'exposition aux substances répétées désinfectantes.

Des fragments de tissu pulmonaire infiltrés de tubercules, recueillis sur le cadavre d'un homme phthisique, ont été écrasés dans l'eau distillée ; 50 centigrammes du liquide filtré ont été injectés dans la cavité péritonéale d'un cobaye. Aucune inflammation locale ne s'est produite. Au bout de quelques semaines, l'animal a commencé à dépérir, et, vers la fin du troisième mois, il a été trouvé mort. Le foie, la rate, les poumons étaient farcis de granulations et de masses grisâtres, constamment transmissibles par inoculation. C'est cette matière tuberculeuse, obtenue par reproduction artificielle et de seconde main, qui a servi dans toutes les expériences de M. Vallin.

Des fragments caséeux des organes précédents ont été écrasés dans de l'eau distillée ; le suc obtenu servit à imbiber une feuille de papier à filtrer, qui fut abandonnée suspendue pendant vingt-quatre heures, sous un abri largement ventilé. Le lendemain ce papier imprégné de suc tuberculeux desséché fut coupé en bandes de dimension égale.

Les unes, destinées aux expériences de contrôle, furent humectées d'une petite quantité d'eau pure, et le liquide obtenu par expression fut injecté, le 1er août, à la dose de 50 centigrammes dans la cavité péritionéale de cobayes bien portants. L'un d'eux fut trouvé mort le 16 octobre, dans un grand état de maigreur ; l'autre fut sacrifié le 10 novembre (101e jour); chez tous deux, le foie et la rate étaient décuplés de volume et très friables, les poumons étaient farcis de masses tuberculeuses confluentes, au milieu desquelles le parenchyme de l'organe avait presque disparu.

Les autres bandes de ce papier virulent furent soumises à l'action de divers désinfectants : acide sulfurique, sublimé, vapeur nitreuse, etc., avant de servir aux inoculations.

Dans une chambre cubant 50 mètres, les handelettes de papier furent suspendues librement à 2 mètres du sol; la quantité de soufre brûlé était répartie en quatre foyers ; l'occlusion de la chambre était complète ; l'exposition aux vapeurs désinfectantes durait vingt-quatre heures.

Les animaux inoculés avec les bandes de papier virulent, désinfectées avec le soufre aux doses de 40 et de 30 grammes, sont restés indemnes ; de deux cobayes inoculés avec du papier virulent, désinfecté à la dose de 20 grammes de soufre, l'un a tous les organes abdominaux tuberculeux, l'autre reste entièrement sain.

A la dose de 15 grammes de soufre, un cobaye inoculé est trouvé tuberculeux au plus haut point; quand la quantité du soufre brûlé fut inférieure à 20 grammes, tous les animaux furent trouvés tuberculeux.

D'autres expériences ont été faites avec des bandes de papier désinfecté par l'eau bouillante qui paraît avoir la propriété de détruire les germes, car l'animal inoculé est resté bien portant ; par le sublimé, qui, dans une solution de 1 p. 1,000, possède également la même propriété ; enfin, par les oxydes nitreux.

La conclusion générale de ces expériences est qu'il serait bon de purifier chaque année, par des fumigations sulfureuses, les prisons, les casernes, les hôpitaux, les écoles.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 janvier 1883. — Présidence de M. LABBÉ.

THYROÏDECTOMIE; observation de M. Beauregard, du Havre. Rapport de M. Delens.

Un homme de 28 ans était porteur, depuis l'âge de 14 ans, d'une petite tumeur à la partie antérieure du cou. Cette tumeur, qui restait stationnaire comme volume, prit en deux ans un développement assez considérable à la suite d'une contusion. Elle donnait lieu à des accès de suffocation et à de la raucité de la voix. Pas de dysphagie ; la peau est saine à son niveau; la tumeur se ment avec le larynx ; il n'existe pas de fluctuation appréciable. Une ponction

exploratrice donne issue à du sang rutilant. Une injection de teinture d'iode donne lieu à une inflammation intense, qui n'est pas suivie de diminution appréciable de la tumeur. M. Beauregard fait alors l'ablation de la tumeur. Après avoir incisé la peau et dégagé le plus possible la tumeur, il s'aperçoit qu'il n'y a pas de pédicule, et, dans la crainte d'une hémorrhagie, il traverse la tumeur au moyen de deux broches d'acier placées en croix et passe au-dessous d'elles un fil élastique. Le troisième jour, la tumeur est en partie sphacélée ; le quatrième jour il se fait une hémorrhagie assez abondante, et le chirurgien remplace le fil élastique par une chaîne d'écraseur, et il enlève la tumeur par ce procédé. La guérison est complète au bout d'un mois. La tumeur pesait 285 gr. et mesurait 15 centimètres transversalement, 8 cent. de haut en bas, et 7 cent. d'avant en arrière.

— OSTÉOMYÉLITE A GUE PENDANT LA CROISSANCE. — M. LARGER fait sur ce sujet une communication avec observation à l'appui. L'auteur est de l'opinion de M. Lannelongue, et rejette la théorie du dualisme de Chassaignac. Il conclut à la nécessité de la trépanation de l'os, mais il rejette le nom d'*ostéomyélite* comme étant trop anatomique et pas assez clinique. En effet, la maladie peut exister sans que le canal médullaire soit touché, et les os qui n'ont pas de canal peuvent être atteints de cette affection. Aussi M. Larger propose de lui donner la dénomination de *phlegmon osseux juxta-conjugal*.

La discussion sur ce travail est renvoyée à quinze jours.

— M. POLAILLON présente une malade à laquelle il a fait la résection du poignet pour une arthrite suppurée. Il a conservé les tendons, réséquant les os du carpe et l'extrémité supérieure des quatre derniers métacarpiens. La guérison est complète, et la malade peut se servir de sa main.

Dr BASTARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 janvier 1883. — Présidence de M. MILLARD.

LA SYPHILIS CHEZ LE SINGE. — A l'occasion du procès-verbal, M. MARTINEAU demande la parole pour ajouter quelques mots à sa communication de la dernière séance. Les chancres apparus vingt-huit jours après l'inoculation du virus syphilitique au singe ont eu une évolution normale. Le 26 décembre, c'est-à-dire quarante jours après ladite inoculation, la coloration grisâtre du début a disparu pour faire place à une rougeur sombre, jambonnée. En même temps le travail de la cicatrisation a commencé, marchant lentement, comme cela a lieu d'habitude chez l'homme. Cette cicatrisation était complète le 9 janvier. Si l'on compare la marche des phénomènes à ce qui se passe normalement chez l'homme, on verra que l'incubation a présenté la durée ordinaire de l'incubation de la syphilis chez l'homme, soit de vingt à trente jours, et que la période d'évolution du chancre a présenté la même analogie de durée (25 à 30 jours).

L'adénopathie inguinale, qui commençait à apparaître à l'époque où M. Martineau a fait sa première communication à la Société, s'est accentuée, et, le 26 décembre, l'engorgement ganglionnaire s'était généralisé ; fait encore identique à ce que l'on observe chez l'homme. C'est ainsi que l'on constatait notamment des ganglions dans l'aisselle, ainsi qu'à droite, au-devant du larynx.

Enfin, troisième point également important, le 10 janvier on remarquait sur la verge quatre syphilides érosives ou plaques muqueuses, soit au cinquante-quatrième jour. C'est encore là un fait normal, les phénomènes secondaires apparaissant généralement chez l'homme entre la septième et la huitième semaine.

M. Martineau avait voulu étudier l'influence des accidents sur la température, les résultats qu'il a obtenus à cet égard ne lui inspirent qu'une médiocre confiance. Son singe est très âgé, ses mains sont ordinairement froides, et il recherche volontiers la chaleur du poêle. A certains jours ses mains ont paru brûlantes, semblant indiquer une sorte de mouvement fébrile ; néanmoins la température prise dans l'aisselle oscillait entre 37° et 38°.

En terminant sa communication, M. Martineau présente à ses collègues un moulage très bien fait des organes génitaux du singe avec les deux chancres qui caractérisent la lésion syphilitique.

HÉMIPLÉGIE ET AIMANTS. — M. GINGEOT lit une note sur un cas d'hémiplégie motrice avec hémianesthésie sensitive et sensorielle traitées avec succès par l'emploi des aimants. Après avoir fait remarquer combien cette question occupe l'attention des médecins et rappelé les travaux de ses prédécesseurs sur ce sujet, M. Gingeot rapporte l'observation qu'il a eue récemment sous les yeux. Il s'agit d'un homme de 57 ans, journalier, le nommé Eugène G..., qui entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Gouraud, alors que M. Gingeot en faisait l'intérim. Cet homme avait été, antérieurement déjà, soigné par M. Mesnet pour des accidents semblables, mais de moindre intensité et avait été complètement guéri. C'est le 20 août dernier qu'il eut les premiers symptômes récidivants et deux jours plus tard, l'hémiplégie droite était complète, peu intense du côté de la face, parfaitement prononcée, au contraire, dans les membres supérieur et inférieur du côté droit. La sensibilité générale, de même que la motilité, était compromise au même degré et dans les mêmes points. La sensibilité spéciale avait subi aussi des modifications profondes. Mais l'intelligence était restée intacte, l'appétit était conservé, les viscères étaient sains.

Pendant les premiers jours, le malade fut traité, sans aucun succès, par les purgatifs et le bromure de potassium à la dose de 2 grammes par jour. Aussi, le 29 août, l'emploi des aimants était-il résolu. On se servit d'aimants de 40 livres. Dès le premier soir, une certaine amélioration était constatée ; le lendemain, le bras soulevé ne retombait plus, la sensibilité commençait à revenir ; le surlendemain, le malade levait son bras paralysé, et pouvait faire quelques pas. Quatre jours plus tard, la marche était facile et le 7 septembre les phénomènes sensoriels avaient complètement disparu, le malade était tout à fait guéri. Le 18, il quittait l'hôpital. En raison des antécédents de cet individu, de la marche des phénomènes, M. Gingeot pencherait volontiers pour l'existence d'athéromes artériels encéphaliques comme la cause des accidents hémiplégiques, toute pensée d'alcoolisme et probablement aussi d'hystérie devant être rejetée.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A AUXERRE. — M. FÉRÉOL donne lecture de son rapport sur le mémoire de M. Dionis des Carrières, chirurgien de l'hôpital d'Auxerre, traité avec un talent remarquable et une rare compétence. Il rappelle successivement les faits énoncés touchant l'épidémie qui régna à Auxerre pendant les mois de septembre et d'octobre derniers, l'enquête et la contre-enquête faites par l'auteur sur son origine et les expériences poursuivies avec tant de succès à Valans. Il cite aussi le fait des deux couvents mitoyens, l'un alimenté par les eaux de la ville, l'autre par l'eau du puits de la maison, l'épidémie sévissant dans le premier, tandis qu'elle respectait le second ; il appelle enfin l'attention sur une ruelle de la ville située au milieu d'épidémie et dont tous les habitants (60 vignerons) *sans exception*, alimentés par l'eau d'un puits, furent également épargnés par le fléau, tandis que la fièvre typhoïde frappait de tous les côtés à l'entour.

Les conclusions du rapport de M. Féréol sont identiques à celles du mémoire de l'auteur et admettent parfaitement que l'épidémie d'Auxerre a eu pour point de départ les eaux potables de la ville contaminées par les déjections typhoïdiques de la malade de Valans.

En plus des indications fournies par un fait aussi probant, M. Féréol recommande dans son rapport, comme une sage précaution, en temps d'épidémie, de faire bouillir l'eau dont on doit se servir comme boisson, avant d'en faire usage, comme cela se pratique dans certaines contrées, notamment en Cochinchine. Cette

eau bouillie est préférable, en pareilles circonstances, à l'emploi des eaux minérales qui tout d'abord ne sont pas abordables à tout le monde et qui, de plus, ne conviennent pas à tous les organismes.

M. Féréol ajoute encore que si, dans l'épidémie d'Auxerre, l'origine attribuée aux eaux potables paraît prouvée, cette cause ne saurait être seule invoquée dans tous les cas. La fièvre typhoïde peut être également acquise d'autre façon, ainsi l'a prouvé, il y a quelques années, l'épidémie de la caserne de Courbevoie avec les latrines paraissant avoir été la cause première de la maladie. Ailleurs enfin la fièvre typhoïde se transmettrait par le contact immédiat.

Quoi qu'il en soit, dit-il en terminant, la théorie de l'évolution spontanée semble perdre de plus en plus tout le terrain que gagne au contraire la théorie de la transmission. Toutefois, il serait à désirer que les médecins de province, généralement bien placés pour le faire, voulussent bien étudier la question et recueillir le plus grand nombre d'observations.

La commission à laquelle le mémoire de M. Dionis des Carrières avait été renvoyé remercie son auteur et propose de l'inscrire comme candidat au titre de correspondant de la Société.

M. Dujardin-Beaumetz demande à M. Féréol quels sont les troubles fonctionnels qu'il a observés chez les individus qui ont bu des eaux minérales pendant l'épidémie de fièvre typhoïde de Paris et quelles sont les eaux qu'il considère comme nuisibles en pareil cas.

M. Féréol répond d'abord que ces troubles ont été des vertiges ainsi que quelques phénomènes gastriques. Quant aux eaux, ce sont les eaux de Vichy bues sans nécessité par des individus d'ailleurs bien portants. Ce sont aussi les eaux de Saint-Galmier. Quant aux eaux de Vals, source Saint-Jean, il n'a pas vu qu'elles aient déterminé des accidents morbides.

M. Dujardin-Beaumetz admet très bien que les eaux de Vichy ne puissent convenir dans tous les cas; quant aux eaux artificielles, surchargées d'acide carbonique, on comprend aussi très bien qu'elles donnent lieu à des vertiges. On sait aussi que les eaux contenues dans des siphons renferment une certaine quantité de plomb, insuffisante pour être toxique, mais capable cependant, par leur usage prolongé, de déterminer peut-être quelques accidents. Il en est de ces eaux comme des conserves préparées avec des matières grasses et renfermées dans les boîtes que l'on connaît. N'a-t-on pas vu aussi que le vin qui avait séjourné pendant quelque temps dans un verre de cristal contenait également du plomb?

La séance est levée à cinq heures.

VARÈLE.

FORMULAIRE

Suppositoires styptiques contre les métrorrhagies symptomatiques d'un fibrome pariétal de l'utérus.

Rec. Extrait d'ergotine en poudre 0,25 centigrammes.
Beurre de cacao 3 grammes.

M. s. a. pour un suppositoire.

On a attribué à l'emploi persévérant de ces suppositoires (un tous les jours) la propriété d'amener la résorption des fibromes intra-pariétaux de date relativement récente.

E. R.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. Les anévrysmes valvulaires du cœur, par M. le docteur Laurand. — Paris, A. Coccoz.

M. Laurand a consacré sa thèse inaugurale à l'étude des anévrysmes valvulaires; ses recherches dans la littérature médicale française et étrangère lui ont permis d'en rassembler quatre-vingt-seize observations, dont un certain nombre inédites et personnelles. Son travail, basé sur de pareils matériaux, est une monographie complète, étudiant le mécanisme, l'anatomie pathologique, les symptômes et les complications de cette affection; malheureusement, l'auteur est obligé de reconnaître que le diagnostic est impossible pendant la vie, et l'anévrysme valvulaire reste confondu pour le praticien avec les endocardites végétantes. Voici les conclusions, fort nettes d'ailleurs, de cette étude intéressante :

I. La formation des anévrysmes des valvules est sous la dépendance de deux facteurs : un processus destructif de l'un des feuillets de l'endocarde valvulaire et la pression sanguine.

II. Le feuillet valvulaire disparaît, le plus souvent, par le fait d'une endocardite aiguë, simple ou ulcéreuse, ou d'une endocardite chronique.

III. Il peut également être détruit par l'athérome.

IV. La marche de l'anévrysme est toujours la même : distension, rapide ou lente, jusqu'à rupture.

V. Aucun signe ne permet de le diagnostiquer.

II. De quelques troubles mécaniques de la circulation du sang dans les maladies du cœur et dans la compression des vaisseaux, par M. le docteur F. Beaudoin. — Paris, J.-B. Baillière.

Cette thèse, qu'accompagnent des tracés et des observations curieuses, se résume dans les conclusions suivantes de l'auteur :

1. Les lésions aortiques peuvent, dans quelques cas très rares, amener une insuffisance mitrale secondaire.

L'insuffisance mitrale amène souvent une insuffisance tricuspidienne secondaire.

2. La tension veineuse n'est pas accrue d'une façon générale par le fait d'une maladie du cœur. La dilatation passive du cœur, les lésions aortiques lorsqu'elles sont isolées, font *baisser* la tension dans les veines.

3. Les lésions mitrales accroissent la tension dans la petite circulation. Elles n'accroissent la tension dans les veines que si elles se compliquent d'insuffisance tricuspidienne.

4. Cette complication est fréquente, sans être constante, comme on l'a quelquefois affirmé.

5. Toutes les maladies du cœur ralentissent la circulation du sang. Elles en diminuent la vitesse quantitative et la vitesse moléculaire, au moins au niveau des capillaires.

6. Les anévrysmes de l'aorte sont sans action directe sur la pression et la vitesse du sang dans l'arbre circulatoire. Leur présence tendrait même à diminuer le travail du cœur. Les désordres qu'ils occasionnent proviennent donc toujours des lésions concomitantes du côté du cœur et de la paroi des vaisseaux.

7. Les athéromes généralisés et l'asthénie vasculaire amènent, soit indirectement, soit directement, un ralentissement de la vitesse du sang. Ils sont presque sans action sur la pression.

8. Les symptômes asystoliques, spécialement l'œdème, sont dus à deux causes : *a.* A l'augmentation de pression lorsqu'il existe une lésion tricuspidienne. *b.* Au ralentissement du cours du sang dans les autres cas. Ces deux causes se trouvent réunies dans les anasarques considérables.

9. Le ralentissement moléculaire du cours du sang est une cause active et fréquente d'œdèmes. Il agit en diminuant la résorption interstitielle, en faisant prédominer l'exosmose sur l'endosmose. L'accélération du courant est au contraire une cause de résorption des épanchements. Ces faits trouvent des applications en physiologie, en pathologie et en thérapeutique.

10. C'est en partie en facilitant le cours du sang que le nitrate de potasse et la digitale activent la résorption des épanchements.

11. Un exercice modéré, en activant le cours du sang et en favorisant l'hypertrophie compensatrice, est utile dans l'hygiène des maladies du cœur qui ne sont pas arrivées à la période asystolique.

12. L'ascite, la compression des vaisseaux de tout un segment du corps, l'élévation des membres, en un mot tout ce qui retranche une partie du corps à la circulation du sang, amènent une accélération du pouls; il se produit un ralentissement après l'évacuation de l'ascite, après que l'on enlève la compression ou que l'on fait cesser l'élévation.

13. Cette accélération du pouls est produite par une diminution du travail systolique du cœur, due : 1o au chemin moins considérable que le cœur doit faire parcourir au sang; 2o à l'augmentation de tension plus considérable dans les veines que dans les artères, parce que les premières se laissent distendre. Le travail du cœur consistant en effet à élever la pression veineuse au niveau de la pression artérielle est d'autant moins considérable que la différence entre les deux termes est moins grande.

14. Le travail systolique du cœur est proportionnel à la différence entre la tension artérielle et la tension veineuse.

On observe souvent dans l'ascite un souffle systolique vers la pointe du cœur. Ce souffle disparaît quelquefois après l'évacuation du liquide. Il est dû, ainsi qu'un redoublement du deuxième temps avec lequel il peut alterner, à une dilatation passive du cœur consécutive à l'augmentation de pression dans les vaisseaux.

Essai sur la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac par le Docteur Gaillard. — Paris. O. Doin, éditeur, 1882.

M. Galliard termine par les conclusions suivantes, sa très intéressante étude :

L'ulcère simple ou perforant de l'estomac n'est pas une affection spécifique, mais doit ses caractères distinctifs à l'action du suc gastrique.

Il reconnaît des causes variables.

Des trois théories suscitées par la recherche de sa pathogénie.

1° La théorie de la stase veineuse (Rokitansky) s'applique surtout aux érosions hémorrhagiques de l'estomac;

2° La théorie de l'obstacle primitif à la circulation artérielle (Virchow) par thrombose ou par embolie, doit être réservée pour un nombre de cas fort restreint d'ulcères généralement très vastes, très étendus, et probablement de certains ulcères latents;

3° La théorie de l'inflammation gastrique (Cruveilher) doit être admise dans la majorité des cas. L'inflammation portant sur tous les éléments, vasculaires et autres, de la paroi, permet d'expliquer d'abord le début, ensuite la progression de l'ulcère.

Cette théorie repose sur un grand nombre de faits cliniques et sur des constatations histologiques qui ne laissent subsister aucun doute.

Elle a des conséquences pratiques de la plus haute importance.

P. B.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et des institutions médicales. Suite et complément de tous les dictionnaires par Garnier. — 1 vol. in-12, chez Germer Baillière. — Prix 7 fr.

Il faudrait le répéter encore pour redire l'utilité d'un dictionnaire dont nos lecteurs peuvent apprécier chaque année les services. Tous les faits principaux de médecine et chirurgie, le résumé des principales discussions dans les Sociétés savantes, la liste des mémoires couronnés par les académies, tout cela trouve sa place dans ce volume de 600 pages.

Ce dictionnaire en est à sa 17e année, ce qui est une preuve qu'on l'apprécie. L'auteur a fait précéder son volume d'une préface dans laquelle il caractérise l'année 1882 au point de vue médical. C'est une page de bonne synthèse.

Dr D.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un confrère, très sympathique à tous ceux qui le connaissaient, M. le docteur Delpeuch, qui vient de succomber à l'âge de 57 ans.

— Nouvelle victime du devoir professionnel M. Henri Blanche, étudiant en médecine, neveu de l'aliéniste bien connu, vient de succomber à l'âge de 22 ans, enlevé en quelques jours par la variole hémorrhagique contractée dans le service des varioleux de l'hôpital Lariboisière.

— Nous apprenons aussi la mort de M. Frédéric Thomas, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, médaille d'or et pharmacien en chef de l'hôpital d'Alger, mort à la Salpêtrière, le 12 janvier, à l'âge de 31 ans.

— Enfin, on nous annonce encore la mort de M. le docteur Roujon (de Paris), père du chef de cabinet du ministre de l'instruction publique, et celle du directeur de l'hôpital Tenon, M. Joret, qui a succombé dimanche dernier aux suites d'une courte maladie.

Concours de l'agrégation. — Les candidats ont subi la troisième épreuve, — leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation, — dans l'ordre suivant :

9 janvier. 1o M. Albert Robin : Indications de la saignée; — 2o M. Hutinel : Coliques intestinales.

10 janvier. 1o M. Clément : De l'atrophie musculaire; — 2o M. Dreyfous : De l'épistaxis au point de vue médical.

11 janvier. 1o M. Hanot : De la grippe; — 2o M. Schmitt : De l'érythème noueux.

12 janvier. 1o M. Dreyfus-Brissac : Du vertige au point de vue séméiologique. — 2o M. Baumel : Des accidents épileptiformes.

13 janvier. 1o M. Du Castel : Du coma. — 2o M. Bard : Du mercurialisme professionnel.

15 janvier. 1o M. Blaise : Du diabète insipide. — 2o M. Letulle : De la pelvipéritonite.

16 janvier. 1o M. Artigalas : Séméiologie de la langue. — 2o M. Leroy : Intermittence et périodicité des maladies aiguës.

17 janvier. M. Quinquaud : Du tympanisme abdominal.

La quatrième épreuve — leçon clinique d'une demi-heure au lit du malade après une demi-heure de préparation — a commencé le 18 janvier. Les séances auront lieu à l'Hôtel-Dieu.

Prix Barbier. — La Faculté de médecine de Paris a décidé, sur le rapport de M. le professeur Panas, membre de la commission du prix Barbier, que ce prix, d'une valeur de 2,000 francs, serait partagé, à titre d'encouragement, entre MM. le docteur Dupont, pour un appareil aérothérapique, le docteur Brondel pour son invention d'un nouveau sphygmographe et M. Desfossés, étudiant en médecine, inventeur d'un pèse-bébés.

Prix Chateauvillard. — Sur le rapport de M. le professeur Soppay, la Faculté de médecine de Paris partage le prix Chateauvillard, d'une valeur de 2,000 francs, entre M. le docteur Giraud-Teulon, l'auteur d'un livre intitulé : *La vision et ses anomalies*; et M. le docteur Cadiat pour son traité d'anatomie générale.

* *

Asiles d'aliénés. — Le concours pour l'internat a donné les résultats suivants :

Sont nommés :

a. *Internes titulaires* : MM. Doyen, Dubamel, Gaudry et Doricq.

b. *Internes provisoires* : MM. Ladoucette, Manière, Dupain et Granier.

ACADÉMIE DES SCIENCES DE SAINT-PÉTERSBOURG. — M. le docteur Ranvier, professeur au Collège de France, vient d'être élu membre correspondant de l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg.

***

LYCÉE DE BREST. — M. le docteur Carof, médecin-adjoint, est nommé médecin titulaire, en remplacement de M. le docteur Penquer, décédé.

***

HYGIÈNE PUBLIQUE. — Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a tenu vendredi dernier sa première séance de 1883. Après avoir procédé à l'installation de M. le docteur Lagneau comme vice-président, le Conseil d'hygiène a, sur la demande de M. le docteur Bourneville, chargé une commission, composée de MM. Bourneville, Cloëz et de Luynes, d'étudier la situation du quartier du Jardin des Plantes au point de vue de l'hygiène publique. Il a été entendu que cet examen s'étendrait en même temps aux conditions de salubrité de la Bièvre, tant à Paris qu'en dehors de Paris.

Dans la même séance, M. le docteur Dujardin-Beaumetz a donné lecture d'un rapport sur trois cas de rage humaine. Ces trois cas ont été produits, l'un par une morsure à la main, les deux autres par le simple contact de la langue sur l'épiderme, sans doute sur une excoriation.

Le nombre des décès par hydrophobie rabique s'est élevé, en 1882, à 10; il avait été de 20 en 1881.

Congrès international d'hygiène

PROGAMME DE CONCOURS SUR LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ. — Le Vme Congrès international d'Hygiène, qui doit se réunir à la Haye (Pays-Bas) en 1884, délivrera un prix de 2,000 francs, fondé par la Society for the Prevention of Blindnes (de Londres) à l'auteur du meilleur mémoire écrit en allemand, anglais, français ou italien, sur *les causes de la cécité et les moyens pratiques de la prévenir.*

Outre ce prix, la Société internationale pour l'amélioration du sort des aveugles se réserve d'accorder, s'il y a lieu, un deuxième prix de 1,000 francs (ou deux de 500 francs) et une médaille en vermeil avec diplôme, aux mémoires qui en seraient jugés dignes par le jury du concours. Ces derniers prix seront décernés à l'occasion du centenaire de la première institution d'aveugles fondée par Haüy, qui sera célébré à Paris en 1884.

Le IVme Congrès international d'hygiène, réuni à Genève en septembre 1882, a adopté pour ce concours le programme suivant, proposé par les donateurs :

1. ÉTUDES DES CAUSES DE LA CÉCITÉ : *a.* Causes héréditaires. Maladies des parents, mariages consanguins, etc. — *b.* Maladies oculaires de l'enfance. Ophtalmies diverses. — *c.* Période d'école et d'apprentissage, myopie progressive, etc. — *d.* Maladies générales. Diathèses, fièvres diverses, intoxications, etc. — *e.* Influences professionnelles. Blessures et accidents. Ophtalmie sympathique. — *f.* Influences sociales et climatériques. Ophtalmies contagieuses. Encombrement. Logements insalubres. Éclairage défectueux, etc. — *g.* Absence de traitement ou traitement défectueux des affections oculaires.

2. ÉTUDIER POUR CHACUNE DE CES CATÉGORIES DE CAUSES LES MOYENS DE PRÉVENTION LES PLUS PRATIQUES : *a.* Législatifs. — *b.* Hygiéniques et professionnels. — *c.* Éducatifs. — *d.* Médicaux et philanthropiques.

Le jury international, chargé d'examiner et de juger les mémoires des concurrents, se compose des membres suivants :

Allemagne : MM. les docteurs Berlin, professeur d'ophtalmologie, à Stuttgart, et H. Cohn, professeur d'ophtalmologie, à Breslau.

Angleterre : MM. les docteurs M. Roth, secrétaire et trésorier de la Society for the Prevention of Blindness Streatfield, professeur d'ophtalmologie, à Londres.

France : MM. les docteurs Coursserant, médecin oculiste à Paris. — Fieuzal, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts, à Paris, et Layet, professeur d'hygiène, à Bordeaux.

Italie : MM. les docteurs Reymond, professeur d'ophtalmologie, à Turin, et Sormani, professeur d'hygiène, à Pavie.

Pays-Bas : M. le docteur Snellen, professeur d'ophtalmologie, à Utrecht.

Suisse : MM. les docteurs Dufour, médecin de l'hôpital ophtalmique, à Lausanne, et Haltenhoff, privat-docent d'ophtalmologie, à Genève, secrétaire du jury.

La Society of the Prevention of Blindness, ainsi que la Société internationale pour l'amélioration du sort des aveugles, se réservent la propriété du ou des mémoires qu'elles auront couronnés et le droit de les publier soit en entier, soit par extraits et en diverses langues pour en faire l'usage qui leur paraîtra utile.

Les mémoires manuscrits et inédits devront être envoyés au soussigné avant le 31 mars 1884.

Chaque mémoire portera en tête une devise, qui sera répétée sur une enveloppe cachetée, contenant les noms, prénoms, qualités et adresse de l'auteur. Les enveloppes ne seront décachetées qu'après la décision du jury.

Genève, le 22 novembre 1882.

Dr HALTENHOFF,
Secrétaire du Jury.

AVIS

Nous rappelons à nos lecteurs que toutes les réclamations relatives au service du journal doivent être adressées à M. Doin, 8, place de l'Odéon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1882-83

17. M. Negel. De la syphilis rénale. — 18. M. Brothier. De la forme apyrétique de la dothiénentérie. — 19. M. Rousseau. Relations de la fièvre typhoïde avec la grossesse. — 20. M. Varaillon De l'asthénie. — 21. M. Forfer. Etude sur les déviations utérines, sur les troubles réflexes consécutifs à ces déviations et de leur traitement par l'anneau pessaire. — 22. M. Putmann. Recherches sur les troubles de l'appareil vaso-moteur dans le tabes sensitif. — 23. M. Castang. De la marche du délire chronique. — 24. M. Rabeau. Etude sur la médication salicylée dans la fièvre typhoïde. — 25. M. Samson. Etude sur la paralysie saturnine. — 26. M. Detès. Contribution à l'étude du trachéocèle. — 27. M. Gehé. Des kystes de la langue. — 28. M. Vacher. De la glycosurie dans les abcès du sein chez les nourrices. — 29. M. Lassale. Considérations sur le traitement des fractures de jambe compliquées par l'attelle plâtrée immédiate. — 30. M. De la Croix. De la stéatose atrophique consécutive aux fractures de cuisse chez les vieillards. — 31. M. Pujos. De la phlegmatia alba dolens. — 32. M. Bernard. Du catgut considéré au point de vue de la ligature des vaisseaux. — 33. M. Guelliot. Des vésicules séminales (anatomie et pathologie). — 35. M. Brocq Etude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée, ou mieux, maladie d'Erasmus Wilson. — 37. M. Tbebault. Etude clinique sur le tremblement sénile. — 38. M. Dèche. Plaies par projectiles de petit calibre, dan-

gers de leur extraction. — 40. M. Defontaine. De la syphilis articulaire. — 41. M. Pimbet. De la hernie obturatrice. — 42. M. Pichancourt. De la pathogénie des abcès fétides. — 43. M Ferrand Les épileptiques considérés au point de vue médico-légal. — 44. M Veret. Des troubles de la sécrétion urinaire consécutifs aux contusions lombaires et abdominales. — 45. M. D'Albuquerque. Les passions tristes, le libertinage et la syphilis considérés comme causes de phthisie. — 46. M. Pasturaud. Du diagnostic différentiel de la grossesse au début et de la métrite chronique parenchymateuse — 47. M. Petit. De la balano-posthite chancrelleuse. — 48. M. Fabre. Les eaux minérales de Capvern dans les Hautes-Pyrénées.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 5 janvier au jeudi 11 janvier 1883

Fièvre typhoïde 71. — Variole 11. — Rougeole 9. — Scarlatine 1. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup 40. — Dysenterie 1. — Erysipèle 19. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 41. — Phthisie pulmonaire 165. — Autres tuberculoses 18. — Autres affections générales 73. — Malformation et débilité des âges extrêmes 50. — Bronchite aiguë 51. — Pneumonie 79. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 38, — au sein et mixte 30. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 116. — de l'appareil circulatoire 63. — de l'appareil respiratoire 88. — de l'appareil digestif 43. — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 11. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 32. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 1099 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

Agenda formulaire des médecins praticiens, publié sous la direction de M. le docteur Bossu, avec la collaboration de MM. les docteurs Blachs, Devergie, Durand-Fardel, Gibert, Hatin-Verrier, Ricord, Sichel, etc., paraissent tous les ans, du 1er au 20 décembre. 1 vol. in-18 (38e année). 1883 — Prix, br. 1 fr. 75. ; Agenda doré sur tranche, 2 fr. 50; Agenda cahier, recouvert en soie, trimestres séparés, 3 fr.; n° 1. Reliure mouton chagrin, fermant au crayon, 3 fr.; n° 2. Reliure mouton en portefeuille avec patte, 3 fr. 50; n° 3. Reliure mouton en portefeuille, trimestres séparés, 5 fr.; n° 4 Reliure mouton en portefeuille, poche en soie, petite trousse, cahier plein, 6 fr.; n° 5. Reliure mouton en portefeuille, poche en soie, petite trousse, cahier recouvert en soie, trimestres séparés, 7 fr.; n° 6. Reliure mouton, portefeuille avec trois poches en peau, dont une ferme à patte. Trousse, 8 fr.; n° 7. Reliure mouton. Le même fermant à tourniquet en maillechort, 9 fr.

Traité des maladies du rectum, par E.-B. Curhing, F. R. S. Traduit et annoté sur la quatrième édition, revue et complétée sur les indications manuscrites de l'auteur, par le docteur Henry Bergeron, médecin des prisons de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur. Préface du professeur Gosselin. — Un vol. in-8. Figures dans le texte. — Prix : 6 fr. — En vente à la librairie H. Lauwereyns, 2, rue Casimir Delavigne.

Traité pratique des maladies de la peau, par Louis A. Duhring, professeur de dermatologie à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie. Traduit et annoté sur la deuxième édition, par le docteur Toussaint Barthélemy et le docteur Adolphe Colson, avec une préface par Alfred Fournier. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain. — Un vol. in-8 de 353 pages, avec 70 figures dans le texte. — Prix : 15 fr.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**
Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.**

Paris, le 25 janvier 1883.

LA MORTALITÉ PAR FIÈVRE TYPHOÏDE DANS L'ARMÉE FRANÇAISE.

Dans le dernier numéro de ce journal, nous avons consacré un article à la récente communication de M. Glénard sur le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode des bains froids, dite de Brandt. M. Glénard, parlant au nom d'un grand nombre de ses confrères lyonnais, avait représenté la méthode en question comme étant en quelque sorte souveraine en matière de traitement de la fièvre typhoïde, à condition d'être appliquée avec rigueur et dès le début de la maladie. Il invoquait à l'appui de cette affirmation les résultats exceptionnellement favorables fournis par la méthode de Brandt depuis bien des années déjà, non seulement en Allemagne, mais à Lyon, aussi bien dans la pratique hospitolière que dans la pratique civile. A ce propos, nous avons cru devoir rappeler à quelles conclusions erronées peuvent conduire les combinaisons de chiffres, lorsqu'on éprouve le besoin de faire témoigner la statistique en faveur d'une médication prônée de parti pris. Nous avons montré que, lorsqu'on prend la peine de catégoriser les cas qu'on fait rentrer dans un même total, de façon à opposer les unes aux autres des catégories de malades placés dans des conditions identiques qui autorisent des comparaisons, on en était réduit à conclure que le traitement par les bains froids n'a pas donné partout, en Allemagne, les résultats surprenants annoncés par M. Glénard.

Il y avait, dans la communication de ce dernier, un point tout particulièrement délicat ; nous nous sommes abstenus d'y toucher, parce qu'il chargeait nos confrères de l'armée et la Direction du service de santé militaire d'une responsabilité accablante, qui appelait une réponse directe de la partie mise en cause. Cette réponse ne s'est pas fait attendre, et en dissipant un malentendu regrettable, elle coupera court à des appréciations fâcheuses et aux inquiétudes qu'elles pouvaient faire naître dans le public.

M. Glénard avait mis en parallèle les chiffres de la mortalité par fièvre typhoïde dans l'armée allemande et dans l'armée française ; en puisant aux sources officielles, il avait fait voir que tandis que chez nos voisins, qui traitent leurs soldats typhoïsants par les bains froids, la léthalité s'est abaissée progressivement depuis 1871 de 15 0/0 à 7 0/0, elle se maintenait dans notre propre armée au taux formidable de 40, 5 pour 100. Quelque chose comme la mortalité par la fièvre jaune. Comment douter de ces affirmations, dont on sent la portée, en présence des chiffres officiels produits par M. Glénard, qui, documents en mains, indiquait par exemple comme étant de 4,130 le nombre des typhoïsants entrés dans nos hôpitaux militaires pendant l'année 1876, et de 1,672 le nombre correspondant des décès, ce qui équivaut, à n'en pas douter, à une proportion de mortalité de 40,5 p. 100.

Que la mortalité par fièvre typhoïde ait été ou non réduite de moitié dans l'armée allemande et que ce résultat soit ou non dû à l'emploi persévérant et généralisé de la méthode de Brandt, ce qui importait avant tout, c'était de montrer que la léthalité par la dothiénentérie n'atteint pas dans notre propre armée le taux effrayant annoncé par M. Glénard et qui était de nature à faire incriminer les procédés de traitement employés dans nos hôpitaux militaires. La commission à laquelle l'Académie avait renvoyée la communication de M. Glénard l'a entendu ainsi ; elle a borné sa tâche à cette rectification qui s'imposait. Par l'organe de M. Léon Colin, elle est venue éclairer l'Académie sur les erreurs d'interprétation qu'avaient fait commettre au médecin lyonnais, son zèle excessif pour la méthode de Brandt et aussi la distribution un peu singulière des causes de mort dans les statistiques du service de santé.

Sur 4,130 malades entrés dans les hôpitaux de l'armée, en 1876, et classés sous la rubrique : fièvre typhoïde, 1,675 sont morts ; cela est vrai. Mais, ajoute M. Léon Colin, M. Glénard ne parle pas de 7,552 entrées pour cause de *fièvre continue*, qui figurent dans le même tableau, immédiatement au-dessus de la rubrique fièvre typhoïde. Ces 7,552 malades, inscrits sous le diagnostic de fièvre continue, fournissent un total de 211,023 journées d'hôpital, ce qui donne une moyenne de 28 jours de traitement. Que conclure de là ? C'est que, pour beaucoup des malades qui entrent à l'hôpital pour une affection bénigne au début, la persistance du mouvement fébrile étant le phénomène qui frappe principalement l'attention du médecin, le diagnostic reste en suspens. Tantôt la brusque disparition des symptômes et la faible durée de l'affection ne tardent pas à indiquer au médecin qu'il a en affaire à un simple embarras gastrique fébrile ; d'autres fois la maladie se prolonge avec sa bénignité première, et alors il peut y avoir toutes sortes de présomptions, à défaut de raisons positives, en faveur du diagnostic de fièvre typhoïde. Ce sont ces faits qu'on trouve confondus, dans les statistiques de nos hôpitaux militaires, sous la rubrique de fièvre continue. A bon droit, M. Léon Colin demande que pour mettre en parallèle des chiffres comparables, on ajoute aux 4,130 cas inscrits sous la

formule de fièvre typhoïde, les 7,552 cas de fièvre continue; alors on arrive à ce résultat consolant : que la proportion des décès au total des cas susceptibles d'être rattachés à la fièvre typhoïde ne dépasse pas le taux de 14 pour 100.

Cette rectification sera accueillie avec satisfaction par tous les médecins français. Ajoutons à la décharge du service de santé militaire que, subissant jusqu'à ce jour la suprématie de l'intendance, il était excusable de fournir, en matière de statistique, des documents plutôt administratifs que scientifiques. Avec le nouvel ordre de choses, ceux qui sont placés à la tête de cet important service auront certainement à cœur de rompre avec la routine, car il serait fâcheux de laisser croire que sur 11,682 malades entrés dans nos hôpitaux militaires avec des symptômes plus ou moins semblables à ceux de la dothiénentérie, 7,552 fois le diagnostic est resté en souffrance.

— Dans cette même séance de l'Académie, M. G. Sée a repris la parole sur le traitement de la fièvre typhoïde. Nous reviendrons sur cette longue communication, qui a déjà occupé deux séances, et dont nous n'entendrons la fin que mardi prochain.

E. R.

Un incident regrettable a clos la dernière séance de l'Académie de médecine : un médecin belge, venu pour faire une lecture sur un sujet plus que discutable, s'est vu retirer brusquement la parole dès le début de sa communication.

Si le bureau avait eu préalablement connaissance de cette communication, ainsi que le veut, croyons-nous, le règlement, il avait le droit et, dans l'espèce, très probablement le devoir de refuser à l'auteur l'accès de la tribune. La grande publicité de l'Académie ne doit être accordée, en effet, qu'à des travaux sérieux, inspirés uniquement par un amour désintéressé de la science ou de l'art.

Mais du moment où la parole avait été donnée au confrère étranger, il eût été peut-être plus conforme aux traditions de la courtoisie française et même à celles du libéralisme de l'Académie, de ne pas la lui ôter. Le public habituel de la savante compagnie, accoutumé aux fantaisies des guérisseurs par l'audition des rapports sur les remèdes secrets ou nouveaux, aurait facilement fait justice de celles que semblait contenir le travail en question.

F. DE R.

CLINIQUE CHIRURGICALE

ARTHRITE CERVICALE. — LUXATION UNILATÉRALE DE L'ATLAS.

Leçon de M. le professeur DUBRUEIL à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier.

Il vient de mourir dans nos salles un malade qui s'y trouvait depuis longtemps déjà et dont la fin était prévue. Il était atteint d'une arthrite de la partie supérieure de la colonne cervicale.

Voici l'observation telle qu'elle m'a été remise :

A..., pâtissier, âgé de 16 ans, entré le 4 août 1881 à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi. C'est un garçon d'un tempérament lymphatique et d'une constitution peu vigoureuse. Son père et sa mère sont vivants, mais le premier est hémiplégique. La seconde est sujette à des attaques d'hystérie. Il a eu neuf frères ou sœurs dont quatre ont succombé en bas âge. Un des frères survivants tousse souvent et crache du sang.

Le malade, qui depuis plusieurs années est employé comme ouvrier pâtissier, a toujours été bien nourri et n'a jamais commis d'excès alcooliques; il a longtemps travaillé dans une cave humide. A l'âge de dix ans, il a été atteint d'une chorée qui a duré deux ans; il attribue sa guérison à l'application de l'électricité. Depuis cette époque, il est sujet à des palpitations cardiaques. A peine débarrassé de la chorée, il a eu la variole.

Au mois de juillet 1880, il a eu un érysipèle de la face et du cuir chevelu qui a disparu au bout de huit jours et a été suivi d'un point de côté à gauche, point de côté qui a cédé à l'application d'un vésicatoire.

A ce moment, ce jeune homme a remarqué qu'il éprouvait une certaine raideur dans la région cervicale, raideur qui ne l'empêcha cependant pas de reprendre ses occupations.

Trois mois plus tard, en octobre 1880, il éprouva pour la première fois de vives douleurs au niveau de la nuque, et en même temps sa tête s'inclina assez fortement à droite. Plusieurs vésicatoires furent successivement appliqués à la nuque, et le malade constata dans cette région l'existence d'une saillie dure.

Au mois de mai, les membres inférieurs commencèrent à se paralyser, et la paralysie ne tarda pas à envahir les membres supérieurs. A la même époque, le cou devint le siège de douleurs atroces qui ne permettaient le sommeil ni nuit ni jour. L'urine et les matières fécales étaient rendues involontairement.

Lors de l'entrée du malade (août 1881) à la clinique chirurgicale alors dirigée par M. le professeur agrégé Tédenat, on constata ce qui suit : la tête est invariablement inclinée sur l'épaule droite. L'examen de la région cervicale postérieure montre que l'apophyse épineuse de l'axis fait un relief anormal. Toute cette région est douloureuse à la palpation. La motilité est complètement abolie dans les quatre membres ; la sensibilité paraît conservée.

Réflexes tendineux exagérés, trépidation épileptoïde provoquée par la flexion brusque des pieds. Incontinence d'urine et des matières fécales. Le malade se plaint de fréquentes palpitations cardiaques.

On prescrit du quinquina, de l'iodure de fer, du bromure de potassium. Sept pointes de feu sont appliquées à la partie inférieure de la région cervicale postérieure. La tête est maintenue à l'aide d'un appareil plâtré. Cet appareil est enlevé à la fin d'octobre, à cause de la suppuration produite par les pointes de feu, et qui s'était accumulée au-dessous.

1er novembre. — Un peu d'amélioration ; les douleurs cervicales ont en grande partie disparu. Du côté des membres supérieurs, les muscles sont envahis par l'atrophie, particulièrement les extenseurs du membre gauche ; les mouvements du bras droit sont en partie revenus. Pour les membres inférieurs, on note la persistance de la paralysie et l'atrophie musculaire plus marquée à gauche qu'à droite. Les réflexes tendineux sont abolis, plus de trépidation épileptoïde.

30 décembre. — L'amélioration semble s'accentuer. Le malade peut élever le bras droit au-dessus de sa tête ; sur le membre supérieur gauche, dont jusqu'ici la paralysie avait été complète, on constate quelques mouvements du côté des doigts.

Les membres inférieurs eux-mêmes peuvent exécuter, avec peine il est vrai, quelques mouvements de flexion et d'extension. L'incontinence d'urine et des matières fécales a disparu. Les réflexes tendineux sont redevenus normaux. L'état général est meilleur; le malade a un peu engraissé.

Janvier 1882. — M. Dubrueil applique de nouvelles pointes de feu à la nuque.

En mars et en mai, M. le professeur-agrégé Serres, chargé du service, fait encore une application de pointes de feu.

Dans les premiers jours d'avril, le malade fait remarquer le gonflement de ses pieds ; l'œdème ne tarde pas à s'étendre et, au bout

de quinze jours, il est généralisé. Il y a en outre de l'ascite. L'état général est très mauvais. Le malade va sous lui; la respiration est difficile.

15 juin. — Le malade appelle l'attention sur des mouvements involontaires se passant dans ses doigts qui se fléchissent et s'étendent alternativement. Rien d'analogue du côté des membres inférieurs. La respiration s'embarrasse de plus en plus et la mort arrive le 9 juillet.

L'autopsie nous a permis de constater des lésions fort intéressantes du côté de l'axe rachidien. Il eût certainement été fort important aussi de soumettre la moelle à l'analyse microscopique; mais elle a malheureusement été placée dans un liquide ne présentant pas les qualités voulues pour la conserver et la durcir, de sorte qu'on n'a pu l'examiner. Avant d'entrer dans le détail de l'état des vertèbres, je signalerai que le cœur était en voie de dégénérescence graisseuse. J'en viens maintenant à la description des lésions rachidiennes.

Les rapports de l'occipital et de l'atlas sont normaux; les articulations des condyles de l'occipital et des masses latérales de l'atlas ne présentent rien de particulier. Du côté de l'articulation atloïdo-axoïdienne, voici ce que l'on observe: à droite, la masse latérale de l'atlas s'est portée en avant de l'apophyse articulaire correspondante de l'axis et est venue se mettre en rapport avec la portion droite de la face antérieure du corps de l'axis, qui a subi une sorte de dépression à ce niveau.

Du côté gauche, les surfaces articulaires de l'atlas et de l'axis sont vis-à-vis l'une de l'autre, mais écartées en arrière d'un intervalle de cinq millimètres; en avant, elles sont en contact. La face inférieure de l'axis étant placée horizontalement, on voit que l'atlas et l'occipital sont inclinés obliquement de haut en bas et de gauche à droite. Il y a donc une luxation unilatérale droite de l'atlas en avant.

Sur le bord supérieur de l'axe postérieur de l'occipital existe un tubercule assez prononcé, qui se trouve à très peu près dans le même plan vertical que la protubérance occipitale et la crête occipitale externe. L'apophyse épineuse de l'axis est repoussée à un centimètre et demi plus à gauche. On constate qu'il y a soudure entre la facette inférieure de la masse latérale droite de l'atlas et la portion de l'axis sur laquelle elle repose.

Désireux de conserver intacte la pièce osseuse, j'avais enlevé la moelle sans sectionner les os. La dure-mère, qui a été un peu sacrifiée, ne m'a paru rien présenter de particulier.

Voici ce que j'ai constaté du côté du trou occipital et de la partie supérieure du canal rachidien: par suite du mouvement de l'atlas, la portion du canal rachidien correspondant à cette vertèbre et interceptée entre l'arc postérieur de l'atlas et l'apophyse odontoïde, légèrement inclinée en avant et à gauche, affecte la forme d'un croissant à concavité antérieure, dont les deux extrémités sont arrondies. L'extrémité gauche arrive un peu plus en avant que la droite.

Les mesures suivantes donnent une idée de la disposition des parties:

Entre le sommet de l'apophyse odontoïde et l'extrémité droite du croissant, il y a une longueur de 1 cent. 1/2; entre ce sommet et l'extrémité gauche, il n'y a que 6 millimètres.

Les dimensions antéro-postérieures du canal dans sa partie la plus rétrécie, qui correspond à l'apophyse odontoïde, sont de 3 millimètres; dans la partie la plus large, qui est à gauche, elles sont de 5 millimètres.

La largeur transversale du canal rachidien à ce niveau, mesurée directement d'une extrémité à l'autre, est de 2 cent. 1/2.

Le sommet de l'apophyse odontoïde est surmonté par une sorte de stalactite osseuse qui se prolonge en avant et se dirige légèrement à droite; ce sommet est uni à l'occipital par trois ligaments, un médian allant s'insérer sur la partie antérieure du trou occipital, les deux autres latéraux allant prendre leur point d'insertion sur la partie interne des condyles occipitaux. Le ligament gauche est de beaucoup le plus court.

Les muscles de la nuque ne présentent rien de particulier; sur aucun point on ne trouve de traces de suppuration, ni de matière tuberculeuse. Il n'y a, du reste, pas de tubercules dans les poumons.

Il est évident que l'arthrite qui a déterminé la luxation s'est terminée par ankylose, et que le travail de destruction de l'os est resté assez superficiel.

Ce fait, Messieurs, présente plusieurs points fort intéressants. Les arthrites de la partie supérieure du rachis ne sont pas chose absolument rares; vous en trouverez des exemples assez nombreux dans les recueils, mais le cas que nous avons observé présente des particularités qu'on n'observe que rarement. D'abord, relativement à la luxation de l'atlas sur l'axis, je vous rappellerai que les luxations pathologiques de la première vertèbre sur la seconde se rangent dans les catégories suivantes:

Subluxation en avant ou déplacement par inclinaison; luxation bilatérale ou par glissement en avant; luxation unilatérale.

C'est, vous le savez déjà, à une de ces dernières que nous avons eu affaire. Cette luxation unilatérale se fait le plus souvent en avant, c'est-à-dire qu'une des masses latérales de l'atlas passe en avant de la partie correspondante de l'axis; mais il est quelques cas, fort rares à la vérité, où le déplacement se produit en arrière. Pour vous prouver la réalité du déplacement unilatéral en arrière, je vous mentionnerai une autopsie relatée par Nichet (GAZETTE MÉDICALE, 1835, p. 533), où je trouve la phrase suivante: « A gauche, les surfaces articulaires de l'atlas et de l'axis sont en contact; à droite, la première vertèbre unie à l'occipital s'est éloignée de la seconde de cinq à six lignes; la masse latérale droite de l'atlas est portée en arrière, et l'arc antérieur comprime la moelle par son côté droit. »

De ce fait j'en rapprocherai un autre observé dans le service du professeur Richet et rapporté dans le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE (année 1873, p. 357 et suiv.). On y trouve ce qui suit: « En examinant plus attentivement la position réciproque des deux premières vertèbres, on constata que les surfaces articulaires du côté gauche ne se correspondaient plus, la surface articulaire de l'axis était bien en avant de la surface correspondante de l'atlas. »

La luxation unilatérale de l'atlas en arrière est donc possible, quoique incomparablement moins fréquente que la même luxation en avant. Vous trouverez des exemples de cette dernière dans le mémoire déjà cité de Nichet (p. 534), dans un travail de Handyside (ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 1849, t. VIII, p. 94) et dans la thèse de Teissier.

En général, comme chez notre sujet, une seule des articulations latérales des deux vertèbres est prise, mais en même temps, si l'apophyse odontoïde n'est pas détachée à sa base, il est forcément survenu un changement dans ses rapports avec l'arc antérieur de l'atlas, et l'odontoïde se trouve éloi-

gnée en arrière de l'arc antérieur de l'atlas et rapprochée de la masse latérale opposée à celle qui s'est déplacée. Les ligaments de l'articulation odontoïdienne sont plus ou moins détruits ou arrachés pour permettre la luxation, lorsque l'odontoïde est intacte. Chez notre sujet, nous retrouvons bien les trois ligaments qui vont de l'atlas à l'apophyse, mais il n'y a pas de trace du ligament transverse qui entoure le col de l'odontoïde.

Je vous ferai remarquer l'ankylose survenue entre la masse latérale de l'atlas et le corps de l'axis, ankylose qui s'est établie, non par des stalactites osseuses périphériques, mais directement entre les surfaces en contact.

Je n'ai pas trouvé cité d'ankylose de l'atlas et de l'axis dans le cas de luxation unilatérale.

Laissez-moi vous rappeler à ce propos un fait d'ankylose rapporté dans les *Exercitationes academicæ* de Sandifert, bien qu'il n'ait pas trait à une luxation unilatérale ; il s'agissait d'une luxation de l'axis en arrière ou plutôt de l'atlas en avant, « *vertebra secunda..... retrorsum pulsa est* .. » Plus loin, nous trouvons : « *Dens* (apophyse odontoïde) *concrevit cum parte laterali sinistra arcus anterioris Atlantis et ad illam usque superficiem hujus primæ vertebræ pertingit, quæ naturalita cum epistrophei corpore connectitur ; uno ille dens quodammodo cum margine foramine magni ossis occipitis cohæret.* »

« *In latere dextro Epistropheus ab Atlante liber est, arcus autem ipsius posterior prope processum spinosum, et tuberculum Atlantis, cum hujus arcu concrevit.....* (1) »

Vous voyez que cette pièce présentait une disposition que nous n'avons pas trouvée chez notre sujet : je veux dire une ankylose de l'adontoïde avec l'arc antérieur de l'atlas.

La paralysie des quatre membres dont notre malade a été atteint ne s'explique que trop par la compression qu'ont dû subir la partie inférieure du bulbe rachidien et la partie supérieure de la moelle qui lui fait suite. Il est même étonnant que la respiration ait pu continuer avec une pareille compression siégeant sur un point aussi élevé. Il y a, du reste, des faits plus étranges encore, entre autres, un cité par Handyside dans Edinburg med. and surg. Journal (avril 1840) et rapporté aussi dans les Archives de médecine (1840, p. 94).

Cette observation est trop intéressante pour que je ne la reproduise pas telle qu'elle.

(A suivre.)

CLINIQUE MÉDICALE

Notes cliniques sur quelques intoxications et maladies chroniques observées dans le service de M. Lancereaux, à l'hopital de la Pitié, par M. Octave Guelliot, interne du service (2).

2 Impaludisme.

Les individus ayant en autrefois des accès de fièvre intermittente et qui sont venus se faire soigner de maladies n'ayant aucun rapport avec l'impaludisme, sont fort nombrenx. Mais nous ne parlerons ici que de ceux qui ont été atteints d'accidents susceptibles d'être mis sur le compte de l'intoxication maremmatique. Ceux qui sont entrés avec des accès fébriles, franchement intermittents, avaient en une première attaque, en Afrique ou ailleurs, 2, 6, 10 et jusque 29 ans auparavant. Si dans quelques cas un changement de climat ou d'habitudes a paru être la cause déterminante du nouvel accès ; mais souvent la cause de ce *rappel de diathèse* est passé absolument inaperçue.

Un de nos malades, intoxiqué neuf ansan paravant, est entré avec les symptômes d'une fièvre tierce à forme cholérique ; il était pris tous les deux jours de frissons et de vomissements abondants. Le tout a cédé rapidement à l'administration du sulfate de quinine. Un autre a été atteint d'une *fièvre ortiée* dont l'éruption a présenté quelques particularités intéressantes.

21. L. Clément, 39 ans, corroyeur, entré le 3 décembre, sorti le 26 décembre. Son père a eu des fièvres intermitentes ; lui-même en a contracté cette maladie en Afrique, il y a 24 ans et, malgré l'emploi du sulfate de quinine, il a eu pendant deux mois des accès quotidiens ou tierces. En débarquant à Marseille, il est malade pendant quinze jours ; puis, le lendemain de son arrivée à Paris, il a de nouveaux accidents palustres qui persistent pendant plusieurs mois. De 1858 à 1876, la santé est parfaite ; en 1876, fièvre tierce pendant plusieurs mois ; nouvelle attaque avec douleurs articulaires en février 1880, et, en juillet 1881, les douleurs reparaissent au niveau des genoux et despoignets, cette fois sans fièvre.

Les accès pour lesquels ce malade entre à l'hôpital ont commencé au mois d'octobre; d'abord tierces, ils ont depuis pris le type quotidien.

Plusieurs fois nous sommes témoins de ces accès qui débutent le plus souvent vers quatre ou cinq heures de l'après-midi. Après le frisson, il se fait une *éruption papuleuse* occupant principalement le voisinage des articulations des membres ; les papules, de volume très variable, donnent lieu à des picotements, à des démangeaisons désagréables ; elles ont absolument l'aspect de papules *d'urticaire* ; mais le sommet de chacune d'elle est occupé par une *tache rouge hémorrhagique ou ecchymotique*, de la largeur d'un grain de millet, d'une lentille ou davantage, qui persiste tandis que l'élevure ortiée disparaît avec la fièvre. On peut ainsi préciser le lendemain la place où siégeait la veille l'éruption papuleuses à chaque nouvel accès on voit des taches de purpura se montrer là où se forment de nouvelles élevures. En même temps, le malade souffre de douleurs au niveau des genoux et des poignets.

3 décembre. Accès à 5 heurs.

5 décembre. Accès à 3 heures, outre les symptômes précités, on constate un gonflement douloureux et rouge de la bourse séreuse anté-rotulienne gauche.

6 décembre. Tout a disparu, y compris l'*hygroma*; sulfate de quinine 0,75. A 5 heures, accès ; l'éruption persiste pendant trois heures.

7. Sulfate de quinine 0,75. Pas d'accès.

8. Sulfate de quinine, à 8 heures, éruption sur les jambes, sans fièvre.

9. Sulfate de quinine, 1 gr.

10. Le soir, éruption sans frisson.

11. Douleurs vagues articulaires.

12. Sulfate de quinine, 0,75, douleurs lancinantes dans les genoux et hygroma à droite, à 5 heures.

13. Sulfate de quinine 1 gr. L'hygroma a disparu.

14. 5 heures ; Sensation de froid ; 7 heures : éruption d'urticaire presque généralisée, confluente à la racine des membres inférieures ; 8 heures : stade de chaleur.

15. Sulfate, de quinine 0,80.

Rien à noter du 15 au 20. Les taches pâlissent

20. A 5 heures, sans fièvre, éruption ; douleurs dans le genou et le poignet droits. Toute la face dorsale de celu i-ci

(1) Sandifert. *Exercitationes Academicæ*, p. 18 et suiv.

(2) Nous avons publié, dans le courant de l'année dernière, le relevé clinique du service de M. Lancereaux pour les maladies aiguës ; nous extrayons de la suite de cet intéressant travail quelques chapitres relatifs aux intoxications et aux maladies chroniques.

est tuméfiée et sensible; la tuméfaction se propage le long des tendons extenseurs.

22. Le gonflement du poignet a disparu. Quelques douleurs articulaires.

25. Douches froides.

26. Le malade demande sa sortie. Il n'y a pas eu de nouvelle éruption et les taches ecchymotiques disparaissent peu à peu.

Il est inutile d'insister sur les points intéressants de cette observation : urticaire à forme hémorrhagique, hygroma intermittent, synovite passagère, etc.; ajoutons que M. Lancereaux nous a dit avoir été appelé récemment en consultation par un malade dont l'intoxication palustre revêtait le masque du rhumatisme aigu. Ce malade avait contracté son intoxication dans un voyage récent en Italie.

Un fait est venu confirmer l'opinion de notre maître, qui range l'impaludisme parmi les causes les plus fréquentes de la dilatation aortique : le seul anévrysme de l'aorte vu dans nos salles, l'a été chez une femme qui avait eu autrefois des fièvres intermittentes. La dilatation occupait non seulement l'aorte thoracique, mais aussi quelques-unes de ses branches, en particulier le tronc brachio-céphalique et la thyroïdienne inférieure droite qui portait une poche anévrysmatique de la grosseur d'une noisette.

Un autre fait à noter est celui d'un homme de 29 ans, habitant au bord d'un marais et employé pendant quelque temps à l'extraction de la tourbe. Il est d'abord pris de mouvements fébriles revenant vers le soir, puis son ventre grossit, et il entre dans le service avec une tuméfaction considérable de la rate et du foie; la peau a une teinte jaune bronzé, le foie, lisse, dur, indolore, descend presque jusqu'à l'ombilic; puis, surviennent de fréquentes épistaxis et de l'héméralopie. La maladie duret depuis deux ans sans que cet homme eût très amaigri et, malgré la complication d'un phlegmon profond du cou ouvert dans les voies respiratoires, il quitte l'hôpital pour y revenir plus tard sans que sa position ait beaucoup changé. C'est un type d'*hépatite interstitielle impaludique*, affection à longue durée que M. Lancereaux distingue absolument de la cirrhose hypertrophique d'origine alcoolique.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Maladies du tube digestif.

DES PERFORATIONS INTESTINALES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par le docteur BYERS.

Dans ce travail, communiqué à la dernière session de l'Association médicale britannique, l'auteur insiste sur la très grande fréquence des perforations dans le cours de la dothiénentérie. En effet, cet accident figure dans les cas mortels dans une proportion de 1,5. On doit le redouter dans tous les cas où il existe des signes d'ulcération profonde de l'intestin. Ces signes sont, d'après l'auteur, en même temps qu'un état général grave, une tympanite extrême, accompagnée d'une élévation progressive de la température après la troisième semaine. Il suffit, en effet, d'une seule ulcération pour paralyser le tube digestif et provoquer une énorme accumulation de gaz. La même cause peut aussi amener une constipation des plus opiniâtres. L'auteur note encore la persistance de la céphalalgie pendant les premiers stades, et celle de la tache cérébrale pendant la convalescence. Lorsqu'un ou plusieurs de ces phénomènes existent, il importe d'entourer le malade de toutes les précautions. M. Byers conseille le repos absolu dans le décubitus dorsal, une alimentation exclusivement liquide, et l'administration méthodique des préparations opiacées. Sous aucun prétexte, il ne faut donner de purgatifs. Grâce à cet ensemble de soins, les chances de guérison des érosions intestinales augmentent, en même temps que diminuent celles de rupture des tuniques. (BRITISCH MED. JOURNAL, novembre 1882).

OBSTRUCTION INTESTINALE, par le docteur HUNTER.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, qui souffrait depuis deux jours de troubles abdominaux. Le ventre était extraordinairement développé par les gaz, au point qu'il était impossible au malade de s'asseoir. Il ne pouvait pas davantage rester couché, en raison de la gêne respiratoire. C'est en vain qu'on essaya de faire pénétrer des sondes dans le rectum : on se heurtait à un obstacle qu'il était impossible de franchir. La dyspnée ayant augmenté d'une façon inquiétante, on se décida à pratiquer une ponction de l'abdomen : celle-ci fut faite dans la ligne mamelonaire, à trois pouces au-dessous du rebord costal, en un point qui offrait une saillie plus proéminente que partout ailleurs. Cette ponction donna issue à une grande quantité de gaz. Le lendemain, comme le gonflement s'était reproduit, M. Hunter chloroformisa le malade et introduisit sa main dans le rectum. A huit pouces de distance de l'anus, il découvrit une saillie légère, avec dépression centrale, donnant la sensation d'un col utérin ramolli. Faisant alors pénétrer son doigt dans la dépression, il la dilata graduellement, en la refoulant en même temps en haut. A seize pouces au-dessus de l'anus, la main pénétra dans un large espace rempli de matières pultacées. Un tube, glissé le long de l'avant-bras et de la main, put alors être introduit dans cette cavité, et donna issue à une énorme quantité de matières verdâtres, demi-liquides, ainsi qu'à des gaz. Au bout de quinze jours, le malade était en assez bon état pour quitter l'hôpital. Depuis un an, il n'y a pas eu de menace de récidive. (THE PRACTITIONER, octobre 1882).

ETRANGLEMENT DE L'ILÉON, par le docteur COCKLE.

Il s'agit d'un garçon de 17 ans, qui, à la suite d'un excès de boisson, se réveilla avec une violente douleur dans l'hypogastre et la fosse iliaque droite. Pendant la matinée, il eut une selle légère, et, avant midi, il eut un vomissement abondant de matières verdâtres. Le troisième jour, lorsque M. Cockle le vit, la douleur était la même. Il y avait un peu de matité dans la région correspondante, ainsi qu'une sensation de résistance à la palpation. Dans les autres régions, l'abdomen était légèrement et uniformément distendu. Une exploration attentive de tous les points où peuvent se produire des hernies n'amena aucun résultat.

Bientôt les vomissements devinrent liquides et prirent une coloration noire due au mélange d'une certaine quantité de sang. L'urine, d'abord rare, fut complètement supprimée le troisième jour. Le soir même, le malade succombait.

L'autopsie révéla que le siège de l'obstruction était dans l'iléon, dont une portion, sur une longueur de quatorze pouces, était littéralement isolée du reste de l'intestin par un diverti-

culé formant deux nœuds, l'un supérieur, l'autre inférieur. Ce diverticule communiquait avec la lumière du canal par deux orifices situés à un pouce l'un de l'autre. L'intestin étranglé était fortement congestionné, enflammé, recouvert d'une couche épaisse de lymphe plastique et distendu par du sang épanché.

L'auteur regrette que ce cas ne se soit présenté à son observation qu'à la période ultime. Autrement on aurait non seulement pu, mais dû tenter une intervention chirurgicale. En ce qui concerne la diminution, puis la suppression des urines, M. Cockle rattache ces phénomènes à une action réflexe s'exerçant par l'intermédiaire du système nerveux sympathique. (Brit. med. Journ., octobre 1882.)

De la ponction comme traitement de l'obstruction intestinale, par M. le docteur Worthington.

— L'auteur rapporte l'observation d'un ouvrier, âgé de vingt-huit ans, depuis quelque temps sujet à des attaques de constipation et de vomissements, et finalement atteint d'une obstruction intestinale aiguë. Le ventre était énormément distendu. Il y avait des vomissements fécaloïdes, accompagnés d'une vive douleur péri-ombilicale. Il n'y avait pas de hernie apparente.

Ces symptômes allèrent en s'aggravant de plus en plus, en dépit de l'opium, des lavements, des fomentations et de la glace. Avant de tenter la gastrotomie, M. Worthington ponctionna la paroi abdominale un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic, au moyen d'un trocart aspirateur d'un calibre moyen. Il s'échappa une grande quantité de gaz, suivis bientôt par un liquide stercoral. Quelques heures plus tard, des gaz sortaient par l'anus, et bientôt survenaient deux selles liquides. Quelque temps après, l'examen permit de découvrir une petite hernie inguinale directe. La guérison fut d'ailleurs rapide. On prescrivit un bandage, et le malade put reprendre ses occupations. (Brit. med. Journ., juillet 1882.)

De l'emploi de la belladone dans le traitement des hernies, par le docteur Batten.

L'auteur rapporte deux observations relatives, l'une à un vieillard de 79 ans, l'autre à un jeune garçon de 19 ans. Dans les deux cas, il s'agissait de hernies irréductibles, ayant résisté à tous les moyens de traitement, et dont la réduction fut rendue possible, grâce à l'emploi de la belladone à haute dose, c'est-à-dire en arrivant jusqu'à la limite extrême des effets physiologiques. M. Batten admet, comme conclusion générale, que la belladone détermine dans ces circonstances, d'une part la contraction des vaisseaux, d'autre part celle des fibres musculaires non striées de l'intestin hernié. (British med. Journal, juillet 1882.)

Dr Gaston Decaisne.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 janvier 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

Physiologie expérimentale. — Nouvelles expériences sur les greffes iriennes destinées à établir l'étiologie des kystes de l'iris. — Note de M. E. Masse, présentée par M. Vulpian.

Dans une note du 28 mars 1881, j'avais communiqué à l'Académie une série d'expériences, prouvant qu'il est facile de greffer, sur l'iris des lapins, de petits lambeaux de conjonctive et de peau; j'avais montré qu'à la suite de ces greffes on voit se développer sur l'iris, soit des tumeurs épithéliales perlées, soit de véritables kystes. Dans de nouvelles expériences, j'ai pu réussir à greffer, dans les yeux d'un certain nombre de lapins et sur leur iris, des lambeaux de cornée, comprenant une moitié environ de l'épaisseur de cette membrane. La cornée à peine greffée, au dixième jour, j'ai vu se développer, au voisinage de cette greffe, de véritables kystes à parois translucides, très légèrement vascularisés au niveau de leur pédicule.

Voici comment je procède à ces expériences : j'enlève avec un couteau de Beer un petit lambeau de cornée, de 0m.,004 à 0m.,005 de longueur sur 0m.,002 à 0m.,003 de largeur, au niveau de l'extrémité inférieure de cette membrane; puis, après avoir ponctionné la cornée vers son extrémité supérieure, j'introduis ce lambeau de ce tissu dans la chambre antérieure de l'œil. Cette portion de cornée ne tarde pas à se greffer sur l'iris; elle perd sa transparence et se vascularise à l'aide de vaisseaux qui lui viennent de l'iris.

Dans plusieurs de mes expériences, j'ai vu se développer, au voisinage de la greffe, de véritables kystes à parois translucides et dont l'origine doit être certainement attribuée au tissu cornéen, anormalement implanté sur l'iris.

Ces expériences peuvent avoir une grande importance dans la solution d'un problème de physiologie pathologique, dont je cherche depuis longtemps la solution, l'étiologie des kystes et des tumeurs perlées de l'iris chez l'homme. Dans les traumatismes de l'œil avec plaie pénétrante de la cornée par des instruments peu tranchants, quand il se produit des kystes ou des tumeurs perlées de l'iris, on doit attribuer leur origine à la greffe sur cette membrane de parties de divers tissus que le traumatisme a violemment introduits dans l'œil, c'est-à-dire de petits lambeaux de peau, de conjonctive ou même de cornée.

Les expériences dont je viens de donner le résumé prouvent que l'on peut attribuer à la greffe de cette dernière membrane sur l'iris un certain nombre des kystes iriens qui se développent chez l'homme consécutivement à des traumatismes de l'œil avec plaie pénétrante de la cornée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 janvier 1883.—Présidence de M. Hardy

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Motet, pour la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale;

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Jullien;

3° Le complément du travail de M. le docteur Grellet, intitulé : *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde*, présenté à l'une des dernières séances par M. Henri Gueneau de Mussy;

4° Le compte rendu des maladies dans l'arrondissement de Soissons pendant l'année 1882, par M. le docteur Fournier.

— M. Henri Gueneau de Mussy présente, au nom de M. le docteur Lécuyer, de Beaurieux (Aisne), une brochure intitulée : *Recherches relatives à l'étiologie et à la transmission de la fièvre typhoïde.*

M. Maurice Perrin présente, au nom de M. le docteur Moty (Ferdinand), médecin-major de deuxième classe des hôpitaux militaires de la province de Constantine, un travail manuscrit intitulé : *Relation d'une épidémie de dysenterie saisonnière; étude des microbes dysentériques.*

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage un exemplaire du IIIe fascicule du *Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales.*

M. Dechambre offre en hommage, en son nom et au nom de MM. Mathias Duval et Lereboullet, le Ier fascicule d'un ouvrage intitulé : *Dictionnaire usuel des sciences médicales*, avec figures dans le texte.

M. Le Roy de Méricourt présente, au nom de M. le docteur H. Rey, les articles *Statistique médicale* et *Maladie du sommeil*, extraits du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

— M. Léon Colin (du Val-de-Grâce), au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Moutard-Martin, Peter, Jules Rochard et Villemin, lit un rapport sur le Mémoire lu par M. le docteur Glénard (de Lyon), relatif au traitement de la fièvre typhoïde.

Ce rapport est intitulé : *De la mortalité des soldats atteints de fièvre typhoïde* (Voir le Premier-Paris).

Les conclusions sont les suivantes :

1° Le chiffre des entrées dans les hôpitaux militaires français, par *fièvre typhoïde*, comprend non seulement les malades admis sous ce diagnostic, mais encore un grand nombre de ceux dont l'affection a été qualifiée de *fièvre continue ;*

2° Les décès par fièvre typhoïde, inscrits dans la statistique médicale de l'armée, se rapportent non seulement aux malades entrés sous la rubrique *fièvre typhoïde*, mais encore de ceux qui ont été admis avec le diagnostic *fièvre continue*. La proportion de ces décès, au total de ces deux groupes, est d'environ 14 pour 100.

La discussion du rapport de M. Colin est renvoyée à la prochaine séance.

— M. Germain Sée continue son discours sur le traitement de la fièvre typhoïde. Il critique la médication par les bains froids, qui, suivant lui, n'auraient que des inconvénients et des dangers sans aucune espèce d'avantage, augmenteraient la température au lieu de la diminuer, accroîtraient les combustions et déperditions organiques, nécessiteraient des tentatives toujours vaines d'alimentation. Il doit continuer son discours la semaine prochaine.

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 janvier 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

M. Labbé ouvre la séance en prononçant l'allocution suivante :

« Messieurs et chers collègues,

« Si l'on parcourt les volumes des bulletins déjà bien nombreux de la Société de Chirurgie, on peut voir que la tâche imposée, à la fin de chaque année, à ceux que vous avez appelés à l'honneur de siéger à votre bureau, n'a pas toujours été la même.

« A certaines époques, en effet, tantôt le président, tantôt le secrétaire général, était chargé du compte rendu de vos séances. Depuis quelques années, les rôles ont été mieux définis. A votre secrétaire annuel, à qui incombe la rédaction de vos bulletins, revient l'honneur de reproduire, devant vous, avec une autorité toute particulière, la substance des travaux de toutes sortes, communications, rapports, discussions, qui ont animé vos réunions. C'est ce rôle que, dans un instant, va remplir, à la satisfaction de tous, notre excellent et si dévoué secrétaire annuel, M. Nicaise. Il est également d'usage que le secrétaire général prononce l'éloge de quelque membre illustre de votre savante compagnie, et vos bulletins se sont ainsi enrichis d'œuvres littéraires justement estimées. Notre bien cher et sympathique secrétaire général actuel, M. Paul Horteloup, nous a, l'année dernière, donné la mesure de son talent, en retraçant la vie et l'œuvre si considérable de Chassaignac. Cette année encore, il devait faire revivre l'une des grandes figures chirurgicales, récemment disparue du milieu de nous; mais vous connaissez tous l'épouvantable malheur qui est venu fondre sur lui, et qui a paralysé momentanément sa plume.

« Il ne reste donc à votre président qu'à vous rendre compte de l'état moral de la Société.

« Sous ce rapport mon rôle est facile.

« L'année 1882 n'a à enregistrer aucun mort parmi nos membres titulaires ou honoraires. Nous sommes moins heureux du côté de nos correspondants. M. Prestat (de Pontoise), ancien interne des hôpitaux de Paris, praticien distingué et justement honoré, est mort subitement il y a à peine deux mois. A Lille, nous avons perdu M. Houzé de l'Aulnoit, professeur de clinique chirurgicale, et M. Puel, agrégé de chirurgie.

« A Paris, deux de nos collègues les plus aimés, M. Le Dentu et M. Després, nous ont donné de vives inquiétudes. M. Le Dentu, malade depuis plus de trois mois, a dû subir une grave opération pratiquée par son maître et ami M. Verneuil. Malgré la gravité de sa situation, à un moment donné, nous sommes heureux de le savoir en bonne voie de guérison, et, au nom de vous tous, je lui adresse nos meilleurs vœux pour son prompt rétablissement. Quant à notre ami Després, qui prend une part si active à toutes nos discussions, nous avons le plaisir de pouvoir annoncer la convalescence franche et rapide de la pneumonie dont il a été atteint au commencement de ce mois.

« Trois demandes d'honorariat vous ont été adressées par nos collègues : MM. Dubrueil (de Montpellier), Giraud-Teulon et Guyon. Nous aurons rarement l'occasion de voir M. Dubrueil, que ses fonctions retiennent loin de nous, mais nous avons bon espoir que MM. Giraud-Teulon et Guyon, dont les lumières sont si précieuses à notre Société, ne déserteront pas de longtemps nos séances.

« Ce passage à l'honorariat a facilité l'admission de quelques nouveaux collègues. MM. Marchand et Richelot, tous deux chirurgiens des hôpitaux et professeurs agrégés de la Faculté, ont été nommés membres titulaires. Qu'ils reçoivent nos compliments sincères de bienvenue : leur savoir et leur activité sont pour nous un sûr garant du concours utile qu'ils apporteront à nos travaux.

« Je voudrais, à côté des leurs, pouvoir inscrire les noms de tous ces jeunes chirurgiens (je n'ose en faire le dénombrement) qui sollicitent l'honneur de siéger à côté de vous. Je ne sais quelle mesure pourrait être prise pour leur faciliter l'entrée de notre Société, mais je ne dois pas dissimuler qu'il me paraît regrettable de voir perdre pour nous le concours de tant de forces utiles.

« Trois places de correspondants nationaux étaient vacantes; elles viennent d'être remplies par la nomination de MM. Cauvy (de Béziers) et Demons (de Bordeaux), qui, depuis longtemps, avaient attiré l'attention de la Société par l'importance de leurs communications. M. Martel (de Saint-Malo), plus heureux, a eu la bonne fortune d'emporter du premier coup vos suffrages.

« Nous pensons que nos nouveaux collègues ont contracté envers nous une dette de reconnaissance, et qu'ils l'acquitteront en nous envoyant souvent d'intéressantes communications.

« Vous avez eu aussi à élire les membres de votre bureau.

« Selon la tradition, votre vice-président, M. Guéniot, a été nommé président; sa haute valeur, l'aménité de son caractère, sont pour vous un sûr garant qu'il réunit toutes les qualités pour faire un président accompli. M. Marc Sée, notre sympathique collègue, remplacera, à la satisfaction de tous, M. Guéniot à la vice-présidence.

« Pour l'année 1883, la rédaction des procès-verbaux de nos séances est confiée à M. Périer, nommé premier secrétaire annuel, et à M. Lucas-Championnière, nommé deuxième secrétaire annuel.

« Je ne saurais oublier ici le personnel si nombreux qui veut bien assister à vos séances pour en livrer le compte rendu à la presse. Autrefois, le bulletin de la Société paraissait dans un journal en quelque sorte officiel. Le jour où cette mesure a été supprimée, on a pu craindre pour la publicité de nos travaux, et,

loin de là, depuis cette époque, nombre de confrères distingués ont, avec un zèle inépuisable, consacré leur temps à les répandre dans le monde médical. Il nous est impossible de ne pas leur adresser nos bien sincères remerciments.

« Me plaçant maintenant sur un autre terrain, j'ai le plaisir de pouvoir annoncer que nos finances sont dans un état des plus satisfaisants, grâce surtout à la sage et vigilante administration de notre cher trésorier, M. Berger. Je puis vous dire aussi que nous sommes sur le point de conclure, avec le ministère de l'instruction publique, un arrangement qui nous assurera une subvention d'une certaine importance.

« Nous croyons devoir rappeler qu'en 1883, les deux prix Demarquay et Gerdy seront décernés. Le prix Demarquay a pour sujet : « De l'étiologie de l'Erysipèle » ; le prix Gerdy : « Des tuberculoses localisées au point de vue chirurgical.

« Messieurs, je ne saurais clore ce court aperçu de notre situation sans vous féliciter de votre exactitude à nos séances, de la manière courtoise avec laquelle vous avez pris part à toutes les discussions, et, par conséquent, de la façon dont vous avez ainsi facilité la tâche de votre président. J'insiste particulièrement sur un point : vous avez bien voulu comprendre que les discussions à propos du procès-verbal ne devaient pas s'éterniser et vous m'avez de la sorte permis, quoique bien incomplètement encore, de répondre au désir de nombreux collègues inscrits quelquefois depuis longtemps, pour des communications originales.

« Je termine en émettant un dernier vœu, auquel, j'en suis sûr, vous vous associerez tous : celui de ne pas nous laisser dépasser, au point de vue scientifique, par les pays voisins. Nos bulletins sont évidemment la preuve de la grande activité de notre Société, mais nous ne devons pas oublier qu'à l'étranger il se fait un mouvement chirurgical des plus importants. Sachons en tenir compte, et tout en ayant la volonté bien ferme de ne rien croire sans examen, soyons résolus à vite accepter tout ce qui est véritable progrès, d'où qu'il vienne. Essayons de perfectionner les méthodes que nous n'avons pas eu le bonheur de découvrir et n'oublions jamais que notre devise doit toujours être celle du progrès même : En avant ! »

Après cette allocution, M. Nicaise, secrétaire annuel, fait un exposé très complet des travaux de la Société de Chirurgie pendant l'année 1883.

Puis il proclame les prix :

Prix Laborie : La commission n'ayant jugé aucun des mémoires présentés dignes du prix, décerne un encouragement de 600 francs à M. Em. Triffaud, chirurgien aide-major, pour son mémoire sur la *gangrène gazeuse foudroyante ;* et un encouragement de 400 fr. à M. Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté.

Le prix Duval est décerné à M. le docteur Desnos, pour sa thèse sur la *lithotritie à séances prolongées.*

Dr Henri Bastard.

FORMULAIRE

Injections interstitielles d'ergotine dans les cas de chute du rectum.

Rec.	Ergotine fraîche. . . .	1	gramme
	Eau de laurier-cerise . .	10	—

M. S. A. — Faire tous les deux jours une injection de la valeur du contenu de la seringue de Pravaz dans le voisinage de l'orifice anal. Pousser l'injection assez profondément (4 centimètres environ) pour que le liquide pénètre dans l'épaisseur du sphincter anal

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

De la quassine et de ses applications. — La quassine est le principe actif du quassia amara. Elle est amorphe ou cristallisée. Ces deux formes produisent les mêmes effets ; mais il vaut mieux donner la première à la dose de 4 à 10 centigrammes par jour, parce que la seconde, au-dessus de 2 centigrammes, produit des effets toxiques. Nous ne nous occuperons par conséquent que de la quassine amorphe qui a servi à faire la plupart des expériences, et avec laquelle on peut plus facilement varier les doses.

Chez l'homme sain, la quassine produit dès les premiers jours une augmentation rapide de l'appétit, une digestion plus complète des aliments, et dès lors un développement rapide des forces : à la dose de 4 centigrammes avant chaque repas, elle fait expulser plus vigoureusement les déchets de la nutrition et donne de bons résultats contre la constipation occasionnée par la faiblesse de la tunique musculaire de l'intestin. Cette propriété est précieuse, car elle permet de substituer, dans beaucoup de cas, la quassine aux purgatifs qui rendent souvent la constipation invincible, sans compter la constipation en retour qui se produit constamment après leur administration.

A la même dose de 4 centigrammes avant chaque repas, la quassine a été donnée à des malades ayant ordinairement trois ou quatre selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures. Après huit jours de traitement, les selles se sont raréfiées et sont redevenues normales.

D'autres expériences ont démontré que la quassine a un effet diurétique très prononcé, qu'elle augmente la sécrétion des glandes salivaires, du foie, des reins, et même des glandes mammaires. On peut tirer un excellent parti de cette dernière propriété pour les nourrices dépaysées, chez lesquelles l'anorexie est doublement funeste.

La quassine est donc un tonique amer, apéritif, stomachique qui rétablit dans l'organisme l'équilibre détruit. Elle ne doit pas être administrée dans la période aiguë des maladies, mais dans la débilité générale, la dyspepsie atonique, l'anorexie, la chlorose, les vomissements spasmodiques, les convalescences longues et difficiles, notamment les convalescences des fiévreux ; car la quassine qui ne peut avoir, aux doses ordinaires, d'effets nuisibles sur l'homme, est mortelle pour les animaux d'ordre inférieur, oxyures, ascarides, etc., etc.

Les pilules Frémint qui ont servi à la plupart des expériences contiennent chacune 2 centigrammes de quassine amorphe pure. On les administre à la dose de une ou deux avant chacun des deux principaux repas ; à la dose maximum de six pilules par jour (12 centigrammes) il sera préférable de donner une pilule au lever, deux à midi, deux à six heures et la dernière au moment du coucher.

Dr Delmis (Gazette des hôpitaux.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des désinfectants et de la désinfection, par E. Vallin. — Paris. G. Masson, 1882.

Les vieilles et stériles discussions scolastiques sur la contagion et l'infection ont fait place, de nos jours, à des notions scientifiques qui ne laissent pas d'être surprenantes par plus d'un côté. La doctrine des causes animées dans les maladies infectieuses paraît marcher d'un pas assuré, sous la direction du savant qui la guide dans la voie de l'expérimentation rigoureuse. De plus en plus cette doctrine s'impose à l'opinion et entraîne des conséquences pratiques importantes que subissent eux-mêmes les esprits qui ne sont pas encore convaincus.

Quelque idée qu'il se fasse de l'origine des maladies infectieuses, il n'est plus un médecin qui ne recoure aux agents *désinfectants*. L'étude de ces agents devait entrer, et est entrée en effet, elle aussi, dans la voie scientifique de l'expérimentation. M. Vallin a eu l'excellente idée de nous montrer où elle en était arrivée, en réunissant toutes les données acquises jusqu'à ce jour. Pour entreprendre cette tâche, il n'y avait que le savant professeur d'hygiène au Val-de-Grâce. N'est-ce pas lui qui mène, en France, la campagne de la désinfection ?

La division de son livre est par excellence analytique. Dans une première partie sont étudiés, un à un, tous les corps désinfectants ; dans la deuxième, leur mise en application ; c'est le traité de la désinfection après le traité des désinfectants. Le seul reproche que l'on puisse adresser à ce plan, c'est d'exposer aux répétitions. L'auteur les a évitées le plus souvent, en renvoyant le lecteur de l'une à l'autre partie de l'ouvrage.

M. Vallin divise les désinfectants en : *absorbants, antiseptiques* et *neutralisants des virus et des miasmes*. Il y a là un ordre de progression croissante assez séduisant ; mais la limite est-elle bien précise entre ces trois classes ? D'autre part, certains corps possèdent des propriétés de plusieurs ordres ; il a donc fallu scinder leur histoire.

La distinction nécessaire soigneusement établie entre les absorbants, les antiseptiques et les neutralisants, il eût été plus simple, croyons-nous, de traiter chaque corps en un seul article ; le livre y eût gagné en unité et en allure. M. Vallin nous pardonnera cette critique toute de forme, de détail, et même de détail secondaire.

Dans chacun des articles de cette première partie, est instruit, sur pièces authentiques, le procès de tous ces corps désinfectants ou prétendus tels. Plus d'une surprise y attend le lecteur qui n'aurait pas encore fait cette étude spéciale, et nous nous rappelons l'étonnement de nos élèves lorsque, l'an dernier, nous jetions à terre quelques-unes des idoles qu'ils avaient appris à adorer et que, sur expériences précises, nous leur apprenions la juste valeur de l'acide phénique ou de tel autre désinfectant fameux. Ces notions ne sauraient être trop répandues ; car, tous les hygiénistes le savent, le plus souvent gens du monde et médecins se contentent, pour la désinfection, de pratiques absolument illusoires. Autrefois on faisait brûler du vinaigre, aujourd'hui on poudroie une faible solution de phénol et on se croit à l'abri : on pourrait dire que c'est se payer d'odeur.

La deuxième partie est l'application des données acquises dans la première. C'est d'abord la désinfection appliquée aux malades ; et ici nous sortons en partie de l'hygiène pour entrer dans la thérapeutique ; c'est dire que nous voici en face de difficultés méconnues dans les autres applications. Si nous comprenons la désinfection d'une surface que nos agents peuvent atteindre, d'une plaie (on connaît assez les succès des antiseptiques en chirurgie), de la plaie utérine encore, des muqueuses mêmes intestinale et peut-être bronchique, nous ne sommes pas convaincus pour la désinfection de l'intimité même de l'organisme. Neutraliser un virus déjà introduit par le contact d'un agent qui devra respecter les éléments anatomiques, les globules rouges surtout, c'est un problème bien délicat. Nous savons bien que, dans le milieu, tel changement chimique, physique même, peut être mortel à un être et inoffensif à un autre. Le problème nous semble pourtant bien difficile. M. Vallin se contente d'enregistrer les tentatives faites. Réserve sage que nous imiterons, car, après tout, nous n'avons pas le droit de douter de l'avenir ! Toutefois nous croyons la science engagée aujourd'hui dans une meilleure voie quand elle cherche à préserver l'organisme en le rendant réfractaire par des inoculations préventives de virus qu'elle atténue d'abord.

Plus pratique est la désinfection appliquée aux hôpitaux, à leur matériel, à leur personnel. M. Vallin nous enseigne avec autorité ces précautions, au premier coup d'œil minutieuses et futiles, et qui sont pourtant désormais d'une obligation stricte. C'est ici qu'il ne faut pas craindre de combattre les vieilles habitudes et la routine. Combien de médecins se croient interdit de toucher une femme en couches s'ils ont fréquenté la salle d'autopsie ou de dissection ? Combien s'astreignent à ces lavages à outrance, à ces changements de vêtement, sachant bien qu'ils deviendraient eux-mêmes les porteurs de l'infection ? Combien ne pratiquent pas la thoracentèse sans avoir flambé le trocart, etc. Il ne faut se lasser de répéter sans cesse ces préceptes, jusqu'à ce qu'ils aient pénétré dans la pratique médicale de chaque jour. Rien n'y contribuera à un plus haut degré que le livre de M. Vallin.

Nous ne ferons qu'indiquer les applications de la désinfection aux navires, aux habitations, aux usines ; dans un cadre plus élargi, la désinfection de la voie publique, des ports, des cimetières, abattoirs, égouts, vidanges, et enfin la désinfection du sol lui-même dans les contrées marécageuses ou dans les champs de bataille.

M. Vallin n'a rien négligé, rien oublié, et maintenant que l'hygiène est une science assez grande pour ne plus se contenter de traités généraux, il n'est pas de monographie plus utile que celle-ci. Elle vulgarise des notions qui jusqu'ici étaient restées trop exclusivement du domaine des spécialistes ; pour les spécialistes eux-mêmes, elle met sous la main la série complète des moyens employés, leur discussion, leur appréciation comparée. Mérite et à-propos, tout est réuni pour le succès du *Traité des désinfectants*.

Dr H. Bourru,

Professeur d'hygiène à l'École de médecine navale de Rochefort.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Autopsie de M. Gambetta. — Nous avons publié, dans le numéro du 13 janvier dernier, le protocole de l'autopsie de M. Gambetta. Pour compléter ce document, à la fois scientifique et historique, nous reproduisons, d'après la Gazette hebdomadaire, les résultats de l'autopsie avec tous les détails donnés par les honorables confrères qui l'ont pratiquée :

La rigidité cadavérique a disparu. Sur aucune partie du corps, il n'existe de traces de violence, si ce n'est sur la peau du membre supérieur droit.

Dans la paume de la main, au croisement du pli de l'éminence thénar et d'une ligne transversale partant de la base du pouce, on trouve une cicatrice blanchâtre, à peine visible, recouverte d'épiderme. Au côté interne de l'avant-bras, à cinq centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus, il existe une cicatrice rosée, un peu irrégulière à ses bords, mesurant cinq millimètres dans son plus grand diamètre. Le bras blessé est identique à celui du côté opposé par son volume, sa consistance, son degré de conservation, et par la couleur de la peau.

Les veines du membre supérieur droit sont normales.

La peau de la région abdominale porte à droite, dans la région du flanc, les traces d'un vésicatoire. L'épiderme est soulevé par places, sur l'abdomen, les cuisses, le dos, etc.; par de larges phlyctènes dues à la putréfaction cadavérique. Il n'y a, du reste, aucune trace de solution de continuité ancienne ou récente de la paroi abdominale.

A l'ouverture de la cavité crânienne, il s'écoule une grande quantité de liquide employé pour l'injection conservatrice.

Les méninges cérébrales se décortiquent avec une grande facilité.

Le cerveau est sain, il pèse 1160 gr. Le cerveau a été remis à M. Duval, membre de la Société d'anthropologie.

Le cœur est de volume normal; il pèse 400 gr. Le tissu celluloadipeux situé sous le péricarde viscéral autour du cœur n'est pas notablement plus épais qu'à l'état normal. L'aorte, au-dessus des valvules sygmoïdes, offre à considérer une petite plaque athéromateuse calcifiée de sept à huit millimètres de diamètre. La paroi musculaire du cœur n'est pas épaissie, les valvules sont saines.

Les plèvres contiennent un peu de liquide provenant de l'injection conservatrice.

Les poumons sont absolument libres, sans adhérences à la plèvre pariétale. Ils sont légèrement emphysémateux; ils ne montrent aucune trace de lésions pathologiques anciennes ou récentes; pas d'abcès, pas de nodules tuberculeux.

Le tissu cellulo-adipeux sous-cutané de la paroi de l'abdomen est épais de quatre centimètres au-dessus de l'ombilic, de huit centimètres au-dessous; il présente dans la région hypogastrique des dilatations variqueuses des veines sous-cutanées.

Le péritoine contient des gaz fétides et une petite quantité de liquide séro-purulent collecté dans les parties déclives. La surface du péritoine pariétal est à peine rosée et sans trace de fausses membranes fibrineuses. Les anses de l'intestin sont libres d'adhérences et ne présentent pas non plus de fausses membranes fibrineuses. [illegible]

Le foie pèse 1920 gr. Il est lisse à sa surface, gras, sans cicatrices ni épaississement général ou partiel de la capsule de Glisson. Il ne contient pas d'abcès.

Le fond de la vésicule biliaire est uni par une adhérence au colon transverse. Elle est remplie de bile et ne contient pas de calculs. Sa paroi est notablement épaissie.

La rate pèse 230 gr. Elle ne contient pas d'abcès.

Les reins se décortiquent facilement; le rein gauche pèse 200 gr.; le droit 160 gr. Leur surface est lisse, leur appareuce normale. Ils ne renferment pas d'abcès.

L'intestin grêle et le gros intestin sont très distendus par des gaz. Les gaz contenus dans le cœcum se déplacent facilement par la pression et remontent alors dans le colon ascendant. Ce dernier est moins dilaté que le cœcum. Le colon ascendant présente, un peu au-dessus du cœcum, un pli transversal, sorte de rétrécissement relatif déterminé par la pression du colon transverse.

La partie postérieure du cœcum est unie à la paroi abdominale par des adhérences résistantes et anciennes. En décollant le cœcum et en le soulevant, on découvre un foyer d'infiltration purulente anfractueux, cloisonné par des brides de tissu cellulaire, contenant environ deux cuillerées de pus. Ce foyer s'étend en haut jusqu'à la partie inférieure de l'atmosphère adipeuse du rein droit, en dedans jusqu'à la colonne vertébrale en arrière du muscle psoas et il envoie en bas un prolongement long de trois à quatre centimètres dans le petit bassin. En dehors, ce foyer est limité du côté du péritoine par les adhérences déjà décrites, mais il se propage en avant du fascia iliaca dans l'épaisseur du tissu conjonctif sous-péritonéal. En continuité avec ce foyer, il existe, dans la paroi antéro-latérale de l'abdomen, dans le tissu cellulo adipeux sous-péritonéal de la région du flanc droit, des îlots disséminés de tissu cellulaire sphacélé, jaunâtre, tels q[illegible] les rencontre dans le phlegmon diffus.

La partie terminale de l'iléon, le cœcum et le colon ascendant ont été enlevés pour être examinés en détail. Le cœcum étant ouvert, on voit la valvule iléo-cœcale proéminente, analogue par sa configuration au museau de tanche. La saillie qu'elle forme mesure de 3 à 4 centimètres. Au lieu d'être constituée par deux valves minces, au contact l'une de l'autre, la valvule iléo-cœcale présente un bord circulaire, épais, induré et une ouverture étroite et plissée qui permet à grand peine l'intromission de l'extrémité du petit doigt.

Lorsqu'on a ouvert l'intestin grêle et la valvule iléo-cœcale, on constate derrière le rétrécissement de celle-ci une dilatation, puis un nouveau rétrécissement à 5 ou 6 centimètres de la valvule.

On peut voir, sur la section de l'intestin grêle, que la saillie et le rétrécissement de la valvule sont déterminés par une invagination de l'extrémité inférieure de l'iléon dans le cœcum. La muqueuse de l'intestin grêle, en sortant du rétrécissement, revêt toute la partie externe ou cœcale du rebord épaissi de la valvule. La muqueuse, ainsi réfléchie de dedans en dehors, tapisse un anneau fibro-musculaire très résistant, semi-transparent, de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, qui forme, pour ainsi dire, la charpente solide de la saillie de la valvule de Bauhin.

La muqueuse du cœcum et celle du colon ascendant sont plus épaissies et plus rigides qu'à l'état normal. Dans la partie postérieure du cul-de-sac cœcal, qui est en rapport avec le foyer purulent, la surface de la muqueuse est lisse, comme tendue et étalée. Dans le colon ascendant, la muqueuse s'enfonce dans les plis et anfractuosités déterminés par le relief des fibres musculaires, mais on n'y trouve ni ulcérations ni perforations.

L'appendice cœcal s'ouvre dans le cul-de-sac du cœcum par une ouverture assez large. Examiné à la surface du cœcum, l'appendice est fixé d'abord au cœcum, dont il contourne l'extrémité inférieure, puis il se replie de bas en haut pour passer au-dessous et en arrière du cul-de-sac cœcal.

Dans la première partie de son trajet, qui mesure 5 centimètres, l'appendice est recouvert, comme le cœcum auquel il adhère, par la séreuse péritonéale. Mais depuis le point où il pénètre en arrière du cœcum jusqu'à son extrémité terminale, c'est-à dire dans une étendue de 6 centimètres, l'appendice est situé dans le tissu cellulaire interposé au cœcum et au fascia iliaca, c'est-à-dire dans le foyer purulent rétrocœcal. Il est dirigé là de bas en haut; il adhère à la paroi postérieure du cœcum; il baigne dans le pus et il est entouré d'un tissu conjonctif à faisceaux grisâtres dont les mailles sont remplies d'une sanie purulente.

La surface externe de l'appendice est grise, irrégulière, plissée. Il présente, à 2 centimètres de sa terminaison, une bosselure irrégulière, due à un épaississement de sa paroi. A côté de cette induration, on voit une petite ampoule saillante formée par une membrane très mince et molle, revenue sur elle-même et perforée à son centre.

Un peu au-dessus de cette perforation, qui mesure environ 1 millimètre et demi de diamètre, il en existe une autre plus petite et déprimée.

Ces deux perforations communiquent avec la cavité de l'appendice.

Lorsqu'on injecte, en effet, de l'eau par l'extrémité cœcale de l'appendice, on fait sortir le liquide par les deux perforations que nous venons de décrire. Pendant l'injection, l'ampoule se dilate et présente une forme hémisphérique; le liquide coule en jet par le trou qu'elle présente à son centre; lorsqu'on cesse l'injection, la membrane revient sur elle-même et s'affaisse en se plissant.

L'appendice étant ouvert dans toute sa longueur, on n'y trouve aucun corps étranger. Sa muqueuse est lisse et normale dans sa paemière portion, tandis qu'elle est irrégulière, grise, épaissie par places dans sa seconde portion, surtout près de son extrémité. Elle s'amincit progressivement au niveau des points perforés, qui paraissent être le fond d'ulcérations qui ont détruit peu à peu toute la paroi.

Dans le but d'élucider la question de savoir si l'épaississement de la muqueuse était ancien ou récent, on a fait durcir dans l'alcool absolu un fragment de l'appendice pris dans un point où sa paroi mesurait 2 millimètres. Sur les coupes perpendiculaires à sa surface, on trouve la couche des glandes en tube parfaitement conservées avec leurs cellules cylindriques normales; au-dessous des glandes, il existe une couche épaisse formée de tissu conjonctif fasciculé contenant quelques vésicules adipeuses, puis les deux tuniques musculeuses, et enfin tout à fait à la surface externe une couche assez épaisse de tissu conjonctif. Dans cette dernière et dans la couche musculeuse superficielle, on trouve une grande quantité de cellules lymphatiques interposées aux faisceaux conjonctifs et musculaires. Mais il n'y a pas de cellules rondes migratrices dans le tissu conjonctif épais, situé au-dessous des glandes, ni dans la tunique musculaire à fibres annulaires.

De cet examen, on peut conclure que la muqueuse de l'appendice était épaissie longtemps avant le début des accidents aigus qui ont déterminé la pérityphlite.

Dissection de la main blessée. — Le projectile a produit les désordres suivants : il a ouvert la grande gaîne des fléchisseurs dans le milieu de la paume de la main et il en a parcouru toute la cavité jusqu'à son extrémité antibrachiale. Dans ce trajet, le tendon superficiel de l'index a été légèrement atteint, le tendon superficiel du médius a été traversé, les tendons profonds du médius et de l'annulaire, entre lesquels la balle a cheminé dans une longueur de 2 centimètres, ont été lésés à leur surface et très contus. Avant de pénétrer dans cette gaîne le projectile a coupé l'arcade vasculaire superficielle; à sa sortie il a légèrement atteint l'artère cubitale et incomplètement coupé le nerf cubital. Le trajet est cicatrisé dans toute son étendue, et nulle part il n'y a trace de suppuration.

* * *

Nécrologie. — M. le docteur Tiersot est mort subitement, à Paris, dimanche matin. Il a succombé à une attaque d'apoplexie. M. Tiersot, né à Bourg en 1822, était député de l'Ain depuis 1871.

* * *

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Bouchardat est autorisé à se faire suppléer jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883 par M. Proust, agrégé.

— M. Vassaux est nommé chef-adjoint du laboratoire de clinique ophthalmologique en remplacement de M. Desfosses, démissionnaire.

* * *

Faculté de médecine de Nancy. — M. Steimetz est nommé préparateur de physique en remplacement de M. Bernardy, démissionnaire.

— M. Châtelain est nommé, pour deux ans, aide d'histologie en remplacement de M. Aubry, dont le temps d'exercice est expiré.

* * *

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Hamelin, agrégé libre, est rappelé à l'exercice jusqu'au 1er novembre 1883.

* * *

Ecole de médecine de Rennes. — M. le docteur Lefeuvre, professeur d'anatomie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de physiologie, en remplacement de M. le professeur Robinn du Pont, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. Lhuissier, chef des travaux anatomiques, est chargé du cours d'anatomie en remplacement de M. le docteur Lefeuvre, appelé à d'autres fonctions.

* * *

Laboratoire de Concarneau. — M. le docteur Laurent Chalouy est nommé directeur-adjoint du laboratoire de zoologie et de physiologie maritimes.

* * *

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour le majorat de l'Antiquaille de Lyon s'est terminé ces jours derniers par la nomination de M. le docteur Augagneur.

* * *

Hôpital Saint-Louis : clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 2 février, à neuf heures et demie, et les continuera les mardis et les vendredis suivants, à la même heure.

Vendredi, leçon à l'amphithéâtre; — mardi, leçon au lit des malades.

* * *

L'inspectorat des eaux minérales devant le Sénat. — Le Sénat, dans un moment où les bancs étaient vides, a mis en délibération, comme une sorte de hors-d'œuvre, le projet de loi sur l'inspectorat des eaux minérales.

Sur l'article 1er, qui supprime le droit du médecin inspecteur à des émoluments quelconques, M. Camparan a proposé la suppression des médecins inspecteurs eux-mêmes, ce qui lui semblait une conséquence logique de l'article 1er de la loi; de plus, il a soutenu que les fonctions d'inspecteur constituaient un privilège et ne rendaient aucun service. Le rapporteur de la commission, M. Parent, s'est placé, pour combattre l'amendement de M. Camparan, sur le terrain purement financier et administratif. M. Dupré, sénateur des Hautes-Pyrénées, est intervenu dans le débat pour demander au ministre du commerce s'il tiendrait l'engagement pris par son prédécesseur d'apporter une loi de réforme d'ensemble pour les eaux thermales.

M. Pierre Legrand a promis de présenter bientôt un projet de loi qui changera la législation actuelle. En attendant, il a prié le Sénat de repousser l'amendement de M. Camparan.

L'amendement a été rejeté et le projet de loi adopté en première délibération.

* * *

Service médical de nuit, honoraires. — Jusqu'à présent, les médecins et sages-femmes qui ont bien voulu participer au service médical de nuit ont touché uniformément, quel qu'ait été le motif de la visite, une somme de 10 francs. Le Conseil municipal, dans sa dernière session, a décidé que ces honoraires seraient portés à 20 fr. lorsqu'il y aurait eu un accouchement.

L'ordre de service ci-après a été par suite imprimé et distribué :

Lorsqu'un médecin ou une sage-femme, faisant partie du service médical de nuit, sera appelé pour un accouchement, le gardien de la paix le conduira à la maison du requérant, lui donnera un bulletin de statistique à remplir et rentrera au poste aussitôt après. Le lendemain, le médecin ou la sage-femme devra se présenter à ce poste et y produire le bulletin de statistique, sur lequel il mentionnera si l'accouchement a eu lieu ou non. Dans l'affirmative, un bon de 20 francs lui sera délivré; dans la négative, il recevra un bon de 10 francs seulement, comme pour une visite ordinaire.

L'administration profite de cette circonstance pour appeler l'attention de MM. les médecins du service de nuit sur la nécessité de remplir exactement et lisiblement les bulletins de statistique que leur remettent les gardiens de la paix.

* * *

Conseil d'hygiène. — Par décision ministérielle, MM. les docteurs Bourneville et Loiseau sont nommés, en leur qualité de conseillers généraux, membres du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine pour l'année 1883.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1882-83

49. M. Bourdeau d'Antony. Des sueurs chez les phthisiques et leur traitement par l'acide salicylique. — 50. M. Lécuyé. Alcoolisme et strychnine. — 51. M. Quantin. Contribution à l'étude anatomique et pathologique de la bourse séreuse sous-tricipitale (triceps crural). — 52. M. Bottez. Contribution à l'étude clinique des tumeurs de la région temporale. — 53. M. Corneau. Des verrues plantaires ; leur traitement. — 54. M. Gaultier. De la tuberculose rénale primitive. — 55. M. Guelliot. Essai sur la syphilis. — 56. M. Bolognési. Etude sur les tumeurs des gaînes synoviales du poignet. — 57. M. Rabec. De la suppuration générale et des parotidites suppurées, en particulier au point de vue de l'évolution de certaines maladies mentales. — 58. M. Longbois. De l'influence des affections du rein sur l'endocarde. — 59. M. Olivier. De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée ; mode des fesses, c'est-à-dire avec relévement des membres inférieurs sur le plan antérieur du fœtus. — 60. M. Lehmann. Des kystes hydatiques du poumon ouverts dans la plèvre. — 61 M. Zanellis. Des arthropathies tuberculeuses. — 62. M. Lésigne. Contribution à l'étude des phlegmons de la paroi antérieure de l'aisselle. — 63. M. Poirault. Contusion du rein et rupture du rein. — 64. M. Dehrand. Traitement de la péritonite aiguë.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 12 JANVIER AU JEUDI 18 JANVIER 1883

Fièvre typhoïde 69. — Variole 6. — Rougeole 28. — Scarlatine 0. — Coqueluche 2. — Dipthérie, croup 42. — Dysenterie 2. — Erysipèle 11. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 61. — Phthisie pulmonaire 208. — Autres tuberculoses 14. — Autres affections générales 57. — Malformation et débilité des âges extrêmes 72. — Bronchite aiguë 42. — Pneumonie 69. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 38, — au sein et mixte 23. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 110. — de l'appareil circulatoire 48. — de l'appareil respiratoire 71. — de l'appareil digestif 44. — de l'appareil génito-urinaire 29. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 47. — 11 Causes non classées. — Total de la semaine: 1122 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DES TUMEURS DE L'OVAIRE ET DE L'UTÉRUS, leur diagnostic et leur traitement, par E. Spencer Wells, président du collège royal des chirurgiens anglais. Traduit de l'anglais par le docteur Paul Rodet, avec une préface par Simon Duplay. 1 vol. in-8 de 510 pages, avec 63 fig. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

LE RHUMATISME, sa nature et son traitement, par le docteur T. J. Maclagan, traduit de l'anglais par le docteur Brachet, attaché aux bains d'Aix. — Un vol. in-8 de 320 pages, avec une planche. — Prix : 7 fr. — Paris, G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN**.

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 2 février 1883.

LES STATISTIQUES MÉDICALES. — LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES ANTITHERMIQUES ET LES ANTYPYRÉTIQUES.

L'intervention de M. Glénard dans la discussion sur la fièvre typhoïde à l'Académie de médecine n'aura peut-être pas le résultat que l'auteur en espérait au point de vue de la conversion de ses auditeurs ou de ses lecteurs à la méthode de Brand ; par contre, elle en aura un auquel certainement il ne s'attendait pas et qui, à notre avis, ne manque pas d'intérêt : c'est de montrer que les statistiques médicales, jusqu'à ce jour du moins, sont mal faites et ne sauraient servir de base solide à un corps de doctrine pouvant conduire à des applications pratiques.

L'un des principes, croyons-nous, de toute statistique, c'est d'opérer sur des nombres considérables, parce que, dit-on, les erreurs se contre-balancent et s'annulent. C'est très bien quand il s'agit d'unités comparables ; mais si l'on opère sur des unités différentes, l'accumulation des chiffres ne fait qu'accroître les erreurs.

Il faut reconnaître que, de toutes les statistiques, les plus difficiles à établir avec une rigueur mathématique sont celles qui ont trait à la médecine. C'est que la grande difficulté, le grand écueil réside précisément dans la définition de l'unité devant servir de terme de comparaison. Une maladie, en effet, varie de forme et de gravité suivant l'âge, le sexe, les antécédents morbides, le tempérament, la constitution, les conditions de climat, de milieu, de saison, de constitution médicale, etc., etc. ; elle ne saurait donc représenter une unité que si on la considère isolément dans chacune des circonstances multiples qui la modifient ; toute statistique qui ne tient pas compte de ces circonstances est par cela même vicieuse, et ne peut fournir que des renseignements erronés. Combien avons-nous en médecine de statistiques échappant à un semblable reproche ?

L'une de celles qui, à ce point de vue, paraissaient les moins défectueuses et par conséquent les plus capables d'inspirer de la confiance, c'était, sans contredit, la statistique médicale de l'armée : or, c'est encore là une illusion qu'il faut perdre : le débat provoqué par la communication de M. Glénard le démontre surabondamment.

Le médecin de Lyon déclare à la tribune de l'Académie que la mortalité par fièvre typhoïde dans l'armée française a été en 1876 de 40,5 pour 100. De là grand émoi et nos médecins militaires, directement touchés, viennent, par l'organe de M. Léon Colin, montrer la cause d'erreur que n'a su éviter M. Glénard. Mais cette cause d'erreur, où réside-t-elle ? juste-

FEUILLETON

Chronique de l'Étranger

SUISSE : La vaccination obligatoire. — AMÉRIQUE : Exercice de la médecine dans l'Etat d'Illinois. — LONDRES : Hôpitaux, Hygiène des maisons, Maladies contagieuses.

Nos lecteurs n'ignorent pas sans doute que les citoyens électeurs du canton de Bâle ont voté, par 3,539 voix contre 716, la suppression de la vaccination obligatoire. Le *British Medical Journal* fait observer, à cette occasion, que le canton ne contient pas moins de 100,000 habitants, et il paraît trouver que le nombre des votants est bien restreint par rapport à celui auquel les conséquences du vote pourraient s'imposer. D'un autre côté, soumettre cette nature de question au suffrage universel serait jeter les bases d'une hygiène publique bien singulière.

— Le public, et le public médical surtout, sont bien persuadés que l'exercice de la médecine est absolument libre en Amérique, de même que l'enseignement ; cela est vrai, pour quelques Etats, si l'on s'en tient à l'absence de textes restrictifs ; mais cela n'est plus la vérité, si l'on considère les formalités auxquelles sont soumis, dans certains états, ceux qui veulent obtenir le certificat donnant le droit de pratique. Le conseil de santé de l'Etat de l'Illinois, qui est chargé de la délivrance de ces certificats, se trouve en présence d'une décision de l'Etat, décision ayant force de loi, aux termes de laquelle les certificats peuvent être accordés aux personnes qui présentent un diplôme émanant d'un collège de bonne réputation ou de valeur réelle (Good Standing) ; mais quels sont ces collèges ? Il y en a actuellement 112 dans l'Amérique de l'union, y compris le Canada. Sur ce nombre, le Conseil de santé de l'Illinois en rejette 18 dont les gradués ne pourront jamais obtenir de licence ; il en accepte 99 sans conditions et 5 avec conditions. Le rapport que nous avons sous les yeux renferme des détails fort curieux sur l'organisation des collèges américains. Nous y relevons, entre autres détails, que soixante-six collèges de médecine n'ont pu vivre et sont aujourd'hui fermés, de sorte que l'Amérique, y

ment, comme il vient d'être dit, dans le défaut d'une définition nette et précise de l'unité sur laquelle porte la statistique. Et ce n'est pas seulement M. Glénard qui s'y est trompé, mais, ainsi que celui-ci le montre dans la lettre dont l'Académie n'a pas permis la lecture, M. Colin lui-même. Voici, en effet, e tableau publié par M. Colin dans le RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDECINE MILITAIRE POUR 1882, et reproduit dans la REVUE SCIENTIFIQUE du 1er avril dernier ; c'est à ce document que M. Glénard a puisé ses chiffres, c'est aussi la partie principale de sa lettre de rectification et la seule que nous croyons devoir publier.

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ DE L'ARMÉE FRANÇAISE PAR FIÈVRE TYPHOÏDE

Années	Entrées à l'hôpital	Décès	Proportion des décès pour 1000 présents
1875	4637	1619	3,74
1876	4130	1673	3,72
1877	3978	1521	3,24
1878	3780	1422	3,20
1879	3543	1273	2,9

Les chiffres concernant l'année 1876 sont bien ceux que M. Glénard a produits, et, réduits au centième, ils donnent une mortalité de 40,5 0/0. Aucune remarque, dans le travail de M. Colin, n'en restreint la signification.

La proportion centésimale donnée par ces chiffres totalisés pour les cinq années est de 37,41. Nous trouvons, dans le TRAITÉ DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES de M. Colin, les chiffres relatifs aux trois années antérieures ; ils donnent une mortalité de 30,92 0/0.

Dans les deux mémoires qu'il rappelle au commencement de son rapport, notre savant confrère fixe à 21 0/0 la moyenne de la mortalité durant les deux périodes triennales de 1874 à 1879. Enfin, si l'on augmente, comme il l'a fait, le nombre des entrées pour fièvre typhoïde de celui des entrées pour fièvre continue, le coefficient de la mortalité descend à 14 0/0.

Ainsi voilà des documents officiels qui donnent pour la même maladie, les mêmes malades et la même période de temps, des chiffres de mortalité aussi dissemblables que 14, 21, 30, 37 p. 0/0. Quel est, en définitive, celui de ces chiffres qui doit être accepté ? Et, quel qu'il soit, peut-on tirer un enseignement pratique d'une valeur réelle de documents si peu précis et prêtant à des interprétations si différentes ?

En insistant ainsi sur les vices de la statistique médicale de l'armée, nous n'avons nullement l'intention d'en faire peser la responsabilité sur nos confrères du service militaire. Il n'a pas dépendu d'eux, jusqu'à nos jours, d'apporter dans cette partie de leurs attributions, comme dans bien d'autres, les améliorations dont ils comprenaient parfaitement l'importance. Aujourd'hui qu'ils ont un peu plus d'initiative, ils se feront, sans doute, un devoir de modifier, dans le sens des progrès récemment accomplis, une source de documents du plus haut intérêt, et de surveiller l'exécution des dispositions nouvelles qui ont été ou qui seront prises.

La statistique médicale de l'armée allemande est-elle supérieure à celle de notre armée ? Nous ne saurions répondre ; mais, à en juger par le document de M. Zuber publié dans le rapport de M. Colin, il est permis d'en douter. Si chez nous, en effet, il s'est établi une confusion regrettable entre les cas de fièvre typhoïde et ceux de fièvre continue, il ne paraît pas qu'en Allemagne on ait apporté plus de rigueur dans le diagnostic. Cette rigueur d'ailleurs ne se rencontre pas davantage dans les autres statistiques invoquées en faveur ou à l'encontre de la méthode de Brand. Or, pour que ces statistiques soient comparables entre elles et pour que cette comparaison conduise à des inductions légitimes, il faut avant tout que l'on s'entende sur l'ensemble symptomatique auquel convient l'étiquette de fièvre typhoïde.

La conclusion de ces quelques considérations, c'est que, dans l'état actuel de la science, les statistiques médicales manquent de la rigueur nécessaire pour ajouter le caractère d'une véritable démonstration aux données qu'elles fournissent. Ce n'est donc pas par des chiffres, ou du moins par les chiffres jusqu'à présent recueillis, que la méthode de Brand s'imposera au choix des praticiens. La déclaration des médecins de Lyon nous a touché davantage ; elle justifie les nouveaux essais, qui se feront sans doute sur différents points de la France, du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids ; cette vaste expérimentation fera mieux ressortir les avantages et les inconvénients, les indications et les contre-indications de la méthode qui, nous le répétons, ne saurait être ni exclusive, ni universelle, et c'est alors qu'on pourra la juger en toute connaissance de cause.

— En attendant, on doit rendre hommage à l'intérêt de la

compris le Canada, aurait déja vu se créer 178 écoles d'enseignement médical.

— Les hôpitaux de Londres ont des revenus particuliers et ne s'alimentent pas, comme chez nous, avec les ressources budgétaires d'une assistance publique, ressources insuffisantes d'ailleurs. Cependant le nombre des pauvres augmentant sans cesse, en raison de l'accroissement continuel de la population de la grande cité anglaise, plusieurs de ces hôpitaux présentent chaque année un déficit qu'il faut combler, grâce à un emprunt sur le capital. C'est ainsi que le *London Hospital* s'est trouvé en déficit l'an dernier de 650,000 francs; *St-George's Hospital*, de 162,000 francs ; *Middlesex Hospital*, de 250,000 francs, etc. Fort heureusement que les dons généreux, beaucoup plus fréquents en Angleterre que chez nous, pourront aisément, il faut l'espérer, remédier au mal, et c'est ainsi que nous relevons, dans la dernière semaine seulement, les legs ci-après : de John Francis (de Grave), 825,000 francs ; du Rév. Aug. Clissold, de Frant (Sussex), 25,000 francs ; du docteur Henry Bell (de Bath), 800,000 francs ; du Rév. Edward Hawkins d'Oxford), 725,000 francs. Le système anglais nous parait à tous égards bien supérieur au nôtre.

— Nous avons le bonheur de posséder à Paris un nombre considérable de commissions sanitaires, de commissions d'hygiène, de commissions de logements insalubres, qui n'ont jamais trop fait parler d'elles, et dont les travaux sont absolument inconnus. Londres, fort en avance sur Paris, en ce qui concerne l'hygiène, est maintenant en train d'inaugurer un système d'inspection sanitaire des maisons, en ce qui concerne leur architecture et leur appropriation. A cette occasion, je recommande à ceux de nos confrères que la question intéresse un excellent rapport de M. K. Burton, à la Société des Arts.

— A lire également dans le compte rendu des travaux du *Local Government Board* le travail d'enquête relatif aux hôpitaux de maladies contagieuses. La REVUE D'ADMINISTRATION, publiée par le ministère de l'intérieur, en donne un résumé dont voici les principaux passages :

« L'*asylums board* a été créé par une loi de 1867 (30 Vict., cap. 6), désigné sous le titre de *Metropolitan poor act*, qui lui a donné la mission de construire des hôpitaux où seraient soignés les malades indigents de la métropole et l'a autorisé à lever des taxes spéciales à cet effet. A la suite de cette loi, une instruction du

communication de M. Germain Sée ; la méthode du traitement qu'il préconise par le sulfate de quinine et l'alcool a plus de chance, croyons-nous, de trouver crédit auprès des praticiens que celle des bains froids. C'est que M. Sée, en vrai clinicien, éclaire toujours la thérapeutique par la physiologie, et, si l'on tient avant tout à guérir son malade, on n'est pas fâché de savoir pourquoi et comment. L'empirisme tend chaque jour à céder du terrain aux notions vraiment scientifiques. A côté de l'empirisme, il est permis de placer les systèmes, les méthodes reposant sur des conceptions *à priori*, et dont les résultats sont loin de recevoir toujours la sanction expérimentale. Or on ne saurait trop applaudir aux efforts qui ont pour but d'arracher la médecine à l'ignorance des uns et aux hardiesses souvent peu justifiées des autres.

Dr F. de Ranse.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Arthrite cervicale. — Luxation unilatérale de l'atlas.

Leçon de M. le professeur Dubrueil à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Diminution considérable du diamètre de la moelle allongée par suite d'une luxation spontanée de l'apophyse odontoïde, sans symptômes de paralysie, par le docteur Handyside, professeur d'anatomie et de physiologie.

William Craigie, coutelier, éprouva à l'âge de vingt-deux ans une longue atteinte de rhumatisme et resta alité environ sept semaines. Pendant tout ce temps il était si faible qu'il ne pouvait tourner la tête ni se remuer dans son lit, et qu'il resta presque constamment couché sur le côté gauche. Dans la convalescence, on s'aperçut qu'il y avait ankylose de l'occiput, de l'atlas et des vertèbres contiguës, la tête étant penchée invariablement en avant et un peu à droite. Cependant Craigie reprit ses travaux, et il continua d'exercer sa profession, dans laquelle il était fort habile. Quatre ans avant sa mort, il fut pris d'une bronchite intense qui se répéta souvent, et il succomba à une attaque soudaine et rapide d'asphyxie ; il était âgé de trente-deux ans, et on constata à l'autopsie qu'il était mort d'une bronchite capillaire

En examinant la partie supérieure de l'épine, on trouva que l'occipital était uni par ankylose avec l'atlas. Ces deux os adhéraient en trois endroits d'une manière fixe. L'ankylose réunissait les condyles et le quart postérieur du grand trou occipital avec les surfaces correspondantes de l'atlas, et l'invariable inclinaison de la tête en bas et en avant sur le côté droit s'expliquait par cette circonstance que la surface articulaire inférieure droite de l'atlas était luxée en bas et en avant sur la surface articulaire correspondante de l'axis, et retenue dans cette fausse position par un fort ligament osseux. Le développement de l'atlas et de l'axis était considérable ; l'espace qui loge la portion inférieure de la moelle allongée, et qui est comprise entre la face postérieure de l'apophyse odontoïde de l'axis et la face antérieure du segment postérieur de l'atlas, était réduit sur la partie médiane à deux lignes, tandis qu'à droite de ce point médiar, où se trouvait réellement la moelle allongée, il n'excédait pas trois lignes deux tiers pour son diamètre antéro-postérieur. La membrane synoviale de l'articulation de l'atlas avec l'apophyse odontoïde manquait, par suite de la séparation de ces surfaces et de leur changement de rapports si complets. L'intervalle qui résultait de ce déplacement était occupé par une très forte bande fibro-cartilagineuse, de forme cubique, de six lignes de long sur cinq de large, qui présentait dans toute sa longueur, et enchâtonnées dans un tissu dense, quatre lames osseuses verticales liées par leur extrémité, et servant à retenir dans l'immobilité ce qui formait autrefois les deux surfaces articulaires opposées. Le ligament transverse de l'atlas manquait également, mais les tubercules qui servaient d'attache à ce ligament étaient unis par un tissu fibro-cellulaire mou au ligament intermédiaire que nous venons de décrire. Le ligament jaune qui se porte de l'atlas à l'axis manquait, excepté sur la ligne médiane, où une bande allongée, étroite, d'un tissu remarquablement solide et résistant, bien qu'il eût perdu son élasticité première, était étendue entre ces deux os postérieurement, dans le point où ils étaient séparés l'un de l'autre par un écart d'un pouce trois huitièmes.

Les articulations qui séparent les seconde, troisième, quatrième et cinquième vertèbres du cou n'étaient pas libres dans leurs mouvements, par suite du dépôt de matière calcaire dans leurs fibro-cartilages. Ces parties étaient évidemment le siège d'un commencement d'ankylose.

Les membranes et les vaisseaux de la moelle allongée et de la portion cervicale de la moelle épinière étaient à l'état normal. La moelle allongée ne paraissait pas altérée, à l'exception de cette diminution considérable du diamètre antéro-postérieur de sa portion inférieure, qui, par suite d'un rétrécissement du canal osseux à sa partie supérieure, n'avait plus que trois lignes d'épaisseur. Sa position était aussi changée notablement, car elle reposait

---

Poor law board prescrivit que les unions et paroisses de la métropole, mentionnées dans un tableau joint au règlement, formeraient désormais une circonscription portant le nom de *Metropolitan asylums district*, en vue de recueillir et de secourir les indigents à la charge de ces unions ou paroisses atteints de la fièvre, de la petite vérole ou d'aliénation mentale. Le conseil est composé de soixante membres, dont quinze sont nommés par le *Local Government Board*, et quarante-cinq choisis par les bureaux de gardiens, c'est-à-dire par les administrations d'assistance des paroisses ou unions de Londres.

« L'*asylums board* se mit sans tarder à l'œuvre et créa successivement une dizaine d'établissements dont cinq furent affectés aux malades atteints de la petite vérole. Des épidémies étant survenues, on crut constater qu'elles sévissaient avec plus de violence dans le voisinage de ces hôpitaux. Les propriétaires des immeubles environnants s'alarmèrent. Les voisins de l'hôpital d'Hampstead intentèrent en 1876 une action judiciaire contre le conseil des asiles. Ils demandaient, outre des dommages-intérêts, pour la dépréciation subie par leur propriété, qu'il fût fait défense à l'administration hospitalière de continuer à admettre des varioleux. Après des débats qui durèrent onze jours, le jury déclara, au mois de novembre 1878, que les administrateurs n'étaient coupables d'aucune négligence, mais que l'hôpital était en lui-même une *nuisance*. Cette décision fut l'objet d'un recours devant la cour de la reine, qui autorisa une révision du procès, et la cour d'appel confirma cette sentence. Mais l'affaire ayant été portée devant la chambre des lords, un arrêt du 7 mars 1881 déclara mal fondée la prétention élevée par l'*asylums board* d'échapper à toute responsabilité, prétention basée sur ce que la loi de 1867, en confiant au *board* le soin de créer des hôpitaux, l'avait par là même mis à l'abri de tout recours de la part des voisins, en tant que ce recours portait sur l'existence même d'un établissement de ce genre.

La situation devenait très difficile pour l'administration, d'autant plus qu'elle était menacée d'une contestation semblable pour un autre hôpital, celui de Fulham et au mois de novembre 1881, le gouvernement nomma une commission à l'effet de rechercher les mesures prises à Londres pour le soin des malades atteints d'affections contagieuses, etc...

Après avoir fait l'historique des hôpitaux de l'*asylums board*, la Commission établit qu'il est indispensable, dans l'intérêt de la

obliquement sur la portion basilaire de l'occipital, tandis que sa portion inférieure était placée également à droite de l'apophyse odontoïde de l'axis et de l'atlas dans un espace circonscrit, dont le diamètre antéro-postérieur, comme nous l'avons dit, ne dépassait pas trois lignes et deux tiers, et dont le diamètre transverse n'avait que six lignes.

Les nerfs qui naissaient de la moelle allongée avaient leur volume, leur consistance et leur couleur naturels, et il en était de même des nerfs cervicaux. Il n'y avait en aucun point du corps ni paralysie, ni aucune trace éloignée de cette affection, ni d'aucune autre lésion du système nerveux.

Je vous ferai observer qu'il faut établir une grande différence entre la compression brusque de la moelle et la compression lente. Un traumatisme réduisant brusquement le canal rachidien à des proportions aussi minimes que celles qu'il avait chez notre cher malade ou que celles qu'indique Handyside aurait été certainement suivi d'une mort immédiate.

Notre malade a vécu, paralysé il est vrai, mais enfin il a vécu assez longtemps pour permettre à une ankylose de s'établir, et le malade d'Handyside n'a pas présenté de paralysie. Cela tient certainement à ce que la compression s'est établie lentement, graduellement.

Un autre point sur lequel je désire appeler votre attention, c'est que notre sujet présentait de l'incontinence d'urine et des matières fécales, ce qui est contraire à la théorie de Budge.

Les douleurs dans le cou que je vous ai signalées sont la règle en pareil cas.

Rarement continues au début, elles le deviennent plus tard et remontent vers l'occiput en suivant la branche postérieure du deuxième nerf cervical. Ces douleurs s'accompagnent d'une gêne remarquable des mouvements qui force le sujet, quand il veut porter sa tête à droite ou à gauche, à se tourner tout d'une pièce. Il se tient donc immobile, le cou raide, évitant tout mouvement qui se passerait au niveau des articulations des vertèbres cervicales; quelquefois on voit les malades soutenir leur tête avec les mains.

A ces deux phénomènes, douleur et gêne des mouvements, qui marquent le commencement de la maladie, il s'en adjoint souvent un autre qui a manqué chez notre patient, je veux parler d'une gêne de la déglutition qui peut en imposer et faire croire à une angine. C'est même parmi les angines qu'Hippocrate rangeait les arthrites qui nous occupent. L'explication de ce symptôme est facile; vous savez qu'entre la paroi postérieure du pharynx et la colonne vertébrale se trouve un tissu cellulaire lamelleux qui a pour but de faciliter le glissement du pharynx dans les mouvements de déglutition. Que l'inflammation des vertèbres et de leurs articulations se propage à ce tissu, il s'indure, devient impropre au rôle qu'il doit jouer, et dès lors les mouvements verticaux du pharynx se trouvent considérablement gênés. Plus tard, un abcès peut repousser en avant la paroi pharyngienne, laquelle peut aussi être projetée par la tuméfaction des vertèbres malades. Dans ce dernier cas, la tumeur est toujours peu considérable.

Notre malade n'a rien présenté d'analogue, et chez lui la phlegmasie ne paraît pas s'être propagée au tissu cellulaire rétropharyngien.

(A suivre.)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Action physiologique du sulfate de quinine sur l'appareil circulatoire chez l'homme et chez les animaux. — Note communiquée à l'Académie des sciences par MM. G. Sée et Bochefontaine.

Les opinions les plus divergentes ont été émises par les médecins et les physiologistes relativement à l'action du sulfate de quinine sur l'économie animale, et notamment sur l'appareil circulatoire. Dans ces derniers temps, l'application des propriétés de cette substance au traitement de la fièvre typhoïde a réveillé la discussion, de sorte que, pour nous faire une idée, nous avons entrepris, au laboratoire de la Faculté à l'Hôtel-Dieu, une série de recherches expérimentales dont nous avons contrôlé les résultats par l'observation clinique.

Les animaux qui ont servi pour les expériences sont: la grenouille, le cobaye, le lapin et le chien.

I. *Effets physiques sur les animaux.* — Les effets étant les mêmes chez les animaux à sang froid et chez les mammifères, nous prendrons comme type expérimental le chien.

Sur cet animal, le médicament quinique a été introduit dans l'économie par ingestion intra-stomacale, par voie hypodermique et par injection intra-veineuse. L'étude de la circulation a été faite au moyen de l'hémodynamomètre à mercure.

1. *Pression. Période initiale.* — Les premiers effets de l'intro-

santé publique, d'isoler les contagieux. Elle estime que le traitement de ces malades devrait être absolument séparé de l'administration des pauvres, et n'être considéré que comme une question sanitaire dont personne ne saurait être chargé avec plus de compétence que le Conseil métropolitain des asiles. Peut-être y aurait-il lieu d'apporter quelques modifications à l'organisation de cette assemblée quand on s'occupera de l'organisation municipale de Londres, en vue de faire disparaître de son origine le caractère presque exclusif d'œuvre d'assistance. Tout contagieux ou les personnes qui en ont soin, ou, à leur défaut, le propriétaire de la maison qu'il habite, enfin, s'il est soigné gratuitement, le médecin des pauvres, devraient être légalement tenus de signaler immédiatement la nature de la maladie à l'agent médical de l'administration. Le médecin payé serait seulement obligé à remettre au malade ou à sa famille un certificat constatant la nature de la maladie pour être communiqué au médecin de l'administration; il aurait droit, pour la délivrance de cette attestation, à une indemnité. L'agent de l'administration vérifierait alors si le malade peut être isolé, et prescrirait les mesures de désinfection jugées utiles. Si l'isolation n'était point possible et que le malade fût transportable, notification en serait faite au Conseil des asiles qui, à partir de ce moment, deviendrait responsable et aurait le droit de faire transférer le malade, riche ou pauvre, à l'hôpital. Toutefois, les personnes qui désireraient être soignées moyennant rétribution seraient placées dans des pavillons spéciaux. Si le malade n'était point transportable, la même autorité aurait le pouvoir, en admettant que l'isolement ne fût pas praticable, de faire sortir de la maison les autres habitants. Dans tous les cas, elle serait tenue de faire procéder à la désinfection, et, dans l'hypothèse de la petite vérole, de faire revacciner tous les habitants qui ne pourraient être autrement protégés.

Les municipalités de plusieurs villes d'Angleterre ont été autorisées par des actes spéciaux à user de semblables mesures, et elles en ont obtenu, paraît-il, d'excellents résultats, sans rencontrer de résistance dans la population. »

Dr A. Dureau.

duction par voie stomacale ou hypodermique sont l'accélération du pouls accompagnant une élévation notable de la pression sanguine intra-carotidienne de 0m,07 à 0m,08 environ; ils durent plus d'une demi-heure quand la quinine a été portée dans l'estomac.

Période d'état — Au bout de ce temps, la tension revient à son niveau d'avant l'expérience, pendant que le pouls cesse d'être accéléré. Puis la pression s'abaisse progressivement jusqu'à descendre de 0m,14 à 0m,15 (pression normale) à 0m,04 de mercure. Au moyen des injections intra-veineuses méthodiques, on reproduit facilement ces résultats, moins l'augmentation initiale de la pression sanguine.

2. *Cœur et pouls.* — Pendant tout ce temps, et quel que soit le mode d'introduction du médicament, on observe sur les tracés hémodynamométriques la conservation parfaite de la régularité et de l'énergie contractile du cœur. Parfois il y a augmentation de la hauteur de la systole, alors même qu'il existe déjà une diminution notable de la pression intra-vasculaire (de 0m,08 de mercure).

II. *Effets du sulfate de quinine sur l'homme sain et sur le fiévreux.* — Le sulfate de quinine ne produit chez l'homme sain qu'un abaissement de température très insignifiant. Cependant, les oxydations subissent une diminution très évidente. Le pouls se ralentit et la pression sanguine s'abaisse.

Chez le typhique, la température s'abaisse après le premier gramme et surtout après le second gramme de quinine; elle tombe d'un degré et demi en six à huit heures, et l'effet persiste pendant un jour et demi. Les oxydations diminuent dans la même proportion. Le pouls se ralentit bien plus que dans l'état physiologique.

III. *Le sulfate de quinine étudié par la sphygmographie.* — 1° La pression sanguine, qui tombe par l'hyperthermie d'une manière constante, remonte au taux normal; c'est là le fait important que nous avons découvert et qui se démontre par l'application du sphygmographe de M. Marey aux malades quinisés.

2° *La force du cœur augmente.* — Ces tracés nous ont révélé un autre phénomène: c'est l'augmentation de l'énergie contractile du cœur. Ils nous fournissent la seule manière d'apprécier à la fois la force du cœur, les qualités du pouls et le degré de tension intra-vasculaire ou pression sanguine.

Tracé normal (a). — Ce tracé du pouls se compose d'une ligne ascendante qui indique la force de projection du sang dans les artères par la contraction du ventricule gauche; avec chaque systole du ventricule gauche, l'artère se dilate et atteint immédiatement son point culminant ou sommet, pour passer à la ligne de descente.

(b) Celle-ci forme la caractéristique du pouls, tandis que la ligne ascendante se rapporte plus à l'action du cœur; sur cette ligne de descente se trouvent naturellement deux ou trois saillies indiquant les soulèvements de l'artère par suite d'ondées sanguines *secondaires*; ces ondes secondaires résultent de ce que le sang refoulé en amont par la rétraction élastique de l'artère et par sa contraction musculaire vient se heurter contre le plancher des valvules aortiques, lesquelles se ferment aussitôt que l'ondée primitive a franchi l'ouverture de l'aorte. Ces ondes réfléchies se traduisent sur la ligne descendante du tracé, par une saillie d'autant plus marquée que la pression sanguine dans le vaisseau est plus faible.

Or, chaque fois que la pression est très affaiblie, il se produit un double battement du pouls (*pulsus bisferiens*) qu'on appelle le *dicrotisme*; chez le fiévreux, il y a à la fois une diminution *directe* de la pression et de plus un relâchement des parois, dû à l'intensité de la chaleur: ce sont là les vraies conditions du dicrotisme.

IV. *Tracé du pouls sous l'influence du sulfate de quinine.* — D'après des recherches sur vingt malades typhiques, nous voyons la saillie appartenant au dicrotisme disparaître complètement du tracé; par conséquent, la diminution de pression disparaît. Nous voyons, d'autre part, la ligne ascendante devenir très verticale et très longue. C'est là la caractéristique de l'action de la quinine sur la force du cœur et de la circulation. Nous avons constaté cette remarquable propriété dans presque tous les cas.

Le sulfate de quinine conserve seul la force du cœur et l'augmente. Il fait plus: comme il diminue la chaleur fébrile directement sans augmenter au préalable les combustions, ainsi que le font les bains froids, il fait cesser le dicrotisme, et la tension artérielle, qui était considérablement diminuée, reprend son taux normal. C'est donc un puissant antipyrétique. Si, dans l'état physiologique, il diminue la pression vasculaire, c'est qu'il ne produit pas une diminution marquée de la température normale.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

I. SUR UNE FORME SPÉCIALE D'ATROPHIE GÉNÉRALISÉE CONSÉCUTIVE A LA DIPHTÉRIE ET DE NATURE TROPHONEUROTIQUE, par CAHN (1). — II. SUR LA PRÉSENCE DE BACTÉRIES DANS LES PRODUCTIONS SYPHILITIQUES, par MORISON (2). — III. LE MICROBE DE LA COQUELUCHE, par BURGER (3). — IV. INFLUENCE DES MICROBES SUR LA CARIE DENTAIRE, par MILLER (4).

Un garçon de 14 ans, robuste et bien constitué, fut atteint dans le courant du mois de janvier 1882 d'une angine diphtéritique qui mit deux semaines à guérir. Huit jours après survenait de la gêne de la déglutition, qui avait son siége dans le pharynx. Pendant une quinzaine environ, le médecin fut obligé d'alimenter le malade avec le secours de la sonde œsophagienne. Puis la déglutition pharyngée vint en meilleure voie. Néanmoins les aliments introduits par la bouche ne parvenaient pas jusque dans l'estomac; ils étaient arrêtés dans la partie inférieure de l'œsophage et déterminaient une sensation pénible de pesanteur, localisée dans la région xyphoïdienne; au bout de quatre à cinq minutes, le malade rendait les aliments introduits, mélangés d'un mucus clair. De temps en temps il rendait des mucosités, même en dehors des repas.

Le médecin soumit le malade à l'application des courants faradiques (électrodes sur le dos et la poitrine). Au mois de mars, une amélioration était survenue; les aliments solides étaient déglutis sans difficulté; les liquides avaient plus de peine à pénétrer dans l'estomac. Un peu plus tard, on notait l'état inverse, et pendant quatre semaines le malade se nourrit presque exclusivement de lait.

Plus tard, malgré une alimentation très réconfortante et en l'absence de tout trouble digestif, le malade se mit à dépérir; au mois de juin, il était réduit à l'état de squelette. A cette époque (7 juin), il entra dans le service du professeur Kussmaul; on constatait un amaigrissement généralisé, intéressant le tissu musculaire. Mais il n'y avait pas de paralysie des muscles soumis à la volonté, pas de modification de la contractilité faradique et galvanique, pas de trouble de la sensi-

(1) BERLINER KLIN. WOCHENSCHR., 1883, n° 1.
(2) WIENER MEDIC. WOCHENSCHR., 1883, n° 3.
(3) BERLINER KLIN. WOCHENSCHR., 1883, n° 1.
(4) ARCHIV. FUR EXPERIM. PATHOLOGIE UND. PHARMAK, t. XVI, p. 291, 1882.

bilité. Le réflexe patellaire était aboli à gauche, diminué à droite; les autres réflexes tendineux étaient plutôt exagérés. Les extrémités étaient froides, mais la température interne se tenait à son niveau physiologique. Pas de troubles de la vue, accommodation normale; de même pour la déglutition; de temps en temps, il y avait encore des régurgitations. Mais, en somme, la quantité d'aliments qui pénétrait dans l'estomac pour être digérée et absorbée était considérable; ainsi, du 7 au 8 juin, elle fut de: 700 c. c. de lait, 1,400 c. c. de bouillon, 4 œufs, 90 grammes de gelée de viande. Néanmoins, du 23 mai au 6 juin, le poids corporel s'était abaissé de 27 à 22 kilogrammes, jusqu'au 16 juin; il remonta à 30 kilogrammes, pour retomber à 26 kilogrammes, fin juin. A partir de ce moment, il alla de nouveau en augmentant, sans interruption, et à la fin d'octobre, lorsque le malade sortit de l'hôpital guéri, son poids corporel était de 33 kilogr. 1/2.

En résumé, il s'agit dans cette observation d'un exemple très rare de paralysie diphtéritique de la portion inférieure de l'œsophage, survenue à la suite d'une paralysie bénigne, et de même nature, des muscles pharyngés. En outre le malade fut atteint d'une atrophie générale passagère, qu'il y a lieu de considérer comme ayant été de nature trophonеurotique; car le malade introduisait dans son estomac une grande quantité de matière alimentaire qui était non seulement digérée, mais, sinon utilisée, du moins brûlée; comme le démontrent les analyses d'urine pratiquées à différentes époques. L'atrophie était donc la conséquence d'un trouble de l'assimilation, survenu sous l'influence de la diphtérie.

— M. MORISON a institué des recherches dans le but de s'éclairer sur la présence de micro-organismes dans les productions syphilitiques. Chez quinze malades en traitement dans le service du professeur Neumann (de Vienne), il a constamment trouvé des bacilles dans le pus recueilli à la surface des chancres et des syphilides papuleuses. Ces bacilles se rencontraient encore en plus grand nombre à la face inférieure des papules excisées sur place, et dans le sang qui s'écoulait de la surface de section. Le pus était recueilli avec une épingle soumise préalablement au flambage, de même que le couvre-objet sur lequel était déposée la matière recueillie. Celle-ci une fois desséchée, on la chauffait légèrement à la flamme, pour l'immerger dans l'acide acétique d'abord, puis dans l'alcool absolu. Après une nouvelle dessiccation, les préparations étaient traitées par le bleu de méthyle ou par la fuschine. Au bout d'une demi-heure, les préparations étaient immergées dans une solution étendue d'acide nitrique (1 pour 6). Examinées au microscope à un grossissement et à un éclairage convenables, ces préparations laissaient voir une foule de bacilles cylindriques se détachant d'une façon très nette, par leur coloration intense, sur les éléments anatomiques ambiants.

L'auteur n'ose encore se prononcer sur la question de savoir si les bacilles qu'il a observés dans ces conditions sont identiques à ceux signalés récemment par M. Martineau en France, par Birch-Hirschfeld (1) en Allemagne, comme étant les bactéries de la syphilis. Il ajoute qu'il a rencontré dans le pus du chancre mou d'autres bacilles, plus allongés, plus grêles, assez semblables aux bactéries charbonneuses, mais distinctes de celles qu'il a entrevues dans les productions syphilitiques. Il s'abstient d'ailleurs de toute conclusion prématurée sur le rôle pathogène de ces deux variétés de micro-organismes.

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, 1882, n° 51.

— M. C. BURGER croit avoir découvert la présence de microbes pathogènes dans les crachats des malades atteints de la coqueluche. Ces microbes se présentent sous la forme de bacilles, les uns disposés en chaînettes, mais la plupart disséminés dans le champ de la préparation et donnant l'idée de micro-organismes en voie de segmentation très active. On ne saurait les confondre avec le *leptothrix buccalis*, représenté par des bâtonnets à la fois plus longs et plus larges qui se rencontrent le plus souvent sur les confins d'un agrégat de cellules provenant de l'épithélium buccal.

Pour mettre en évidence les bacilles de la coqueluche, il faut les colorer à l'aide d'une solution aqueuse d'aniline d'abord, puis avec la fucshine ou le violet de méthyle, en employant des solutions qui ne soient pas très concentrées. D'ailleurs la technique suivie par l'auteur pour ces recherches est la même que celle que M. Koch a employée pour l'examen des bacilles de la tuberculose et qui a été exposée dans ce journal.

— Après avoir passé en revue les principaux travaux parus dans ces dernières années et relatifs aux microbes pathogènes de la carie dentaire, M. MILLER expose ses propres recherches sur ce point. Des résultats obtenus il résulte que le processus de la carie dentaire comprend deux stades. Tout d'abord, l'osséine de la dent se décalcifie sous l'action des acides que mettent en liberté les fermentations morbides dont la cavité buccale peut être le théatre. Cette décalcification s'accompagne d'une destruction progressive de l'émail.

Dans un second stade, la dent privée de son revêtement externe et réduit à une masse très poreuse se laisse pénétrer par des microbes, appartenant les uns au genre *cocus*, les autres au genre *bacillus*. Ces derniers envahissent jusqu'aux ramifications les plus ténues des canalicules dentaires. Il résulte de cette immigration un étouffement des éléments anatomiques chargés de subvenir à la nutrition de la dent, d'où carie et putréfaction.

La décalcification précède toujours l'immigration parasitaire, et les microbes en suspension dans la salive ne peuvent rien contre une dent qui n'a pas subi l'action préalable des acides.

E. RICKLIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 janvier 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

PHYSIOLOGIE. — DE L'ORIGINE MÉDULLAIRE DES PARALYSIES CONSÉCUTIVES AUX LÉSIONS CÉRÉBRALES. — Note de M. COUTY, présentée de M. Vulpian.

L'auteur cherche à établir qu'une lésion unilatérale du cerveau crée un défaut d'harmonie physiologique entre les deux parties droite et gauche de la moelle et une diminution relative des fonctions normales toniques ou réflexes du côté opposé; que ce trouble médullaire une fois produit devient indépendant de la lésion cérébrale primitive, si bien qu'il persiste dans l'organe isolé. Le cerveau, dans tous ces cas, agirait donc, suivant lui, à distance par l'intermédiaire d'autres centres de substance grise qu'il vient mo-

difier ; et, tant que l'on n'aura pas établi, dit-il, par des expériences précises l'existence dans l'encéphale de centres capables de commander directement aux muscles, on sera en droit d'expliquer tous les phénomènes de paralysie consécutive aux lésions cérébrales par ces troubles des fonctions de la moelle et du bulbe, et de considérer la substance grise intra-spinale comme étant la seule en relation immédiate avec les appareils périphériques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 janvier 1883.—Présidence de M. HARDY.

La correspondance non officielle comprend :

1o Une lettre de candidature de M. le docteur Maurice Laugier pour la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale ;

2o Une lettre de M. Emile Tillot, médecin inspecteur des eaux de Luxeuil, qui sollicite le titre de membre correspondant national ;

3o Un pli cacheté déposé par M. le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant (Déposé en séance par M. Depaul.)

— M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au nom de M. le docteur Ménière (d'Angers), un nouveau pessaire.

M. BERGERON présente, de la part de M. Jules Siegfried, maire du Havre, un exemplaire d'un volume de M. le docteur Pridgin Teale (de Leeds), intitulé : *Dangers, au point de vue sanitaire, des maisons mal construites*, traduit de l'anglais par M. J. Kirk, préface de M. J. Siegfried

M. J. ROCHARD présente, au nom de M. le docteur Chastang, médecin en chef, une brochure intitulée : *Relation de l'épidémie de choléra de 1882 dans la Cochinchine française*.

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Debausseaux, médecin-major de première classe, une brochure intitulée : *Note sur une cause possible de la fièvre typhoïde qui a régné épidémiquement à Rouen vers la fin de 1875*.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la deuxième division.

La Commission, dans son rapport, classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Védrênes, médecin militaire actuellement en Tunisie ; — en deuxième ligne, M. Delore (de Lyon) ; — en troisième ligne, M. Michel (de Nancy) ; — en quatrième ligne, M. Cazin (de Boulogne) ; — en cinquième ligne, M. Spillmann (d'Alger) ; — en sixième ligne, M. Bitot (de Bordeaux).

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33, M. Védrênes obtient 41 voix ; M. Cazin, 13 ; M. Michel, 4 ; M. Delore, 3 ; M. Spillmann, 1 ; bulletins blancs, 2.

En conséquence, M. Védrênes, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant pour la deuxième division.

— M. JULES GUÉRIN lit un travail sur les *plaies en séton*. Ces plaies, d'après l'auteur, diffèrent non-seulement des plaies exposées, mais encore des plaies sous-cutanées dont elles offrent quelques-unes des apparences.

En effet, par la forme particulière que lui imprime la rayure du bronze, par le mouvement de rotation dont elle est animée, la balle traverse les vêtements, déchire les téguments, contond et broie les tissus, et laisse après elle, lorsqu'elle a traversé les os, les produits d'une sorte de mouture. Ces débris varient de forme et de volume avec la vitesse du projectile.

En outre, en vertu d'un certain degré d'élévation de la température, la balle produit à la surface de la plaie un certain degré de cautérisation et de mortification. Ce sont là des conditions qui s'opposent à la cicatrisation immédiate du trajet et des ouvertures, sans compter les corps étrangers, débris de vêtements, etc., qui se rencontrent souvent dans ces plaies.

Pour empêcher la stagnation du pus altéré, sa putréfaction par la chaleur et l'air confiné dans la plaie, sa résorption fréquemment suivie d'infection putride, ou amenant la production d'abcès métastatiques, M. Jules Guérin a institué un traitement qui comprend deux ordres de moyens :

1° Les lavages antiseptiques par courants continus ;

2° L'occlusion pneumatique.

Il introduit d'abord, par l'orifice d'entrée du projectile, l'extrémité conique d'un tube de caoutchouc qui plonge, par une autre extrémité, dans un vase d'eau phéniquée ou de permanganate de potasse au 100°. Il introduit aussi, par l'orifice de sortie, un second tube qui communique avec un ballon aspirateur. De cette manière, on établit à travers la plaie un courant continu de liquide antiseptique qui la lave et la débarasse des corps étrangers.

Un peu plus tard, le membre est renfermé dans un manchon en caoutchouc où l'on fait le vide, de manière à ce qu'il s'applique sur toute la surface du membre, tout en permettant à l'aspiration de continuer sur les deux orifices de la plaie maintenus ouverts par deux portions de tube.

Ordinairement le travail de cicatrisation marche très régulièrement et très vite. Mais, quelquefois, il reste dans la plaie quelques débris qu'il importe de faire sortir au moyen d'une ouverture directe.

M. Jules Guérin déclare avoir guéri ainsi douze plaies en séton pendant le siège de Paris.

— M. le président annonce que le bureau a reçu une lettre de M. le docteur Glénard (de Lyon) dans laquelle ce médecin demande à rectifier les chiffres contestés dans le rapport de M. Léon Colin, relativement à la mortalité comparative par la fièvre typhoïde dans l'armée française et dans l'armée allemande.

Le bureau considérant que, aux termes du règlement, M. le docteur Glénard étant étranger à l'Académie, n'a pas le droit d'intervenir dans une discussion pendante devant elle, ni par conséquent de discuter les termes d'un rapport lu par l'un de ses membres, a décidé qu'il ne serait pas donné lecture de la lettre de M. Glénard en séance publique.

Après une longue et vive discussion dans laquelle M. Bouley a fortement insisté pour qu'on lût la lettre de M. Glénard, l'académie a sanctionné la décision du bureau.

— La discussion du rapport de M. Colin vient ensuite à l'ordre du jour. Personne ne demandant la parole, le président propose à l'Académie d'en voter les conclusions.

M. Henri ROGER fait observer que l'Académie ne peut pas voter sur des conclusions purement scientifiques ; il s'agit d'une question de chiffres et l'Académie n'a pas à se prononcer sur la question de savoir lequel de M. Glénard ou de M. Léon Colin a tort ou raison.

M. le président répond qu'il est dans les usages de l'Académie de voter sur les conclusions des rapports qui sont lus devant elle ; en conséquence, il croit devoir mettre aux voix les conclusions du rapport de M. Léon Collin : Que ceux, dit-il, qui sont d'avis d'adopter ces conclusions veuillent bien lever la main.

Aucune main ne se lève à l'appel de M. le Président. (Hilarité générale partagée par M. le Président lui-même.)

— La parole est ensuite donnée à M. Germain Sée pour la continuation de son discours sur le traitement de la fièvre typhoïde.

Le savant professeur revient sur le traitement par les bains froids qui, suivant lui, a trouvé des contradicteurs à Lyon même. Les meilleurs remèdes à employer contre la fièvre typhoïde sont le sulfate de quinine et l'alcool. Le sulfate de quinine abaisse la température, accroît la tension vasculaire, diminue la dénutrition. Il faut l'employer à la dose moyenne de 2 grammes par jour, en

deux fois, le matin et le soir. L'alcool est aussi un moyen d'épargne. Il diminue la température, soit à l'état physiologique, soit chez les malades; il accroît les forces et les soutient, peut-être en entravant les combustions ou limitant les déperditions organiques. Il empêche le malade de s'user trop vite, de détruire ses tissus et ses substances albuminoïdes. Il agit donc dans le même sens que le sulfate de quinine et doit être employé, comme lui, avec continuité.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 janvier 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Extraction de la cataracte, retour au procédé de Daviel, mémoire de M. Chavernac, d'Aix; rapport de M. Terrier.

L'auteur, après avoir essayé du procédé de von Graefe, préconise le procédé de Daviel; dans plusieurs cas, il l'a modifié en y ajoutant l'iridectomie partielle; cette modification donne plus de facilité pour l'expulsion du cristallin. Ce procédé toutefois est délicat, et pour le bien exécuter il faut un long apprentissage.

— Elongation du nerf dentaire inférieur pour une névralgie rebelle, par M. Longuet, de Bourges. Rapport de M. Chauvel.

Il s'agit d'un homme de 41 ans, qui depuis quatre ans avait une névralgie atroce, avec tic douloureux. Tous les moyens usités ont été employés sans succès, et c'est alors que le chirurgien de Bourges se décida à faire l'élongation nerveuse. Il découvrit le nerf au niveau de l'épine de Spix par la voie intra-buccale, et fit l'élongation au moyen de ciseaux courbes et sans voir le nerf. Immédiatement après l'opération, le malade, qui n'a pas été anesthésié, voit disparaître la douleur; la plaie est cicatrisée le septième jour. Mais, six semaines après, la névralgie avait reparu presqu'aussi intense.

M. Longuet termine son observation en louant la méthode qu'il a employée pour les raisons suivantes : le procédé opératoire est d'une exécution facile; le malade n'a pas besoin d'être anesthésié; il n'y a pas d'hémorrhagie; le traumatisme est insignifiant et la plaie se cicatrise rapidement. Enfin le soulagement est instantané.

Le rapporteur discute ces conclusions; d'abord il se demande si M. Longuet est bien certain d'avoir allongé le nerf, car il ne l'a pas vu; ensuite il n'est pas du même avis que le chirurgien de Bourges relativement à la facilité du procédé, et M. Chauvel préfère le procédé qui consiste à aller à la recherche du nerf au moyen d'une incision au niveau du bord postérieur de la mâchoire.

M. Berger pense que le procédé préconisé par M. Chauvel peut être dangereux, car en faisant une incision au niveau du bord postérieur de la mâchoire on est exposé à avoir une paralysie des branches du facial et on peut léser la parotide et avoir des fistules salivaires.

M. Polaillon préfère le procédé qui consiste à attaquer le nerf dans la gouttière du maxillaire, après avoir fait la trépanation de cet os; ce procédé est, il est vrai, difficile, et l'on peut sectionner le nerf par l'application de la couronne de trépan; néanmoins, en prenant les précautions nécessaires, c'est un procédé qui donne de bons résultats.

M. Th. Anger demande si l'opérateur a remarqué la coloration du nerf, car il a vu chez un malade mort d'une affection cancéreuse de l'intestin, et qui avait en outre une névralgie du nerf dentaire inférieur, il a vu à l'autopsie ce nerf être le siège d'une vascularisation anormale qui s'étendait jusqu'à la base du crâne. Le nerf était atteint de névrite.

M. Monod a employé le procédé de la trépanation du maxillaire; et il se loue de ce manuel opératoire, tandis que dans un autre cas, qui était opéré par la voie intra-buccale, il a vu se faire une hémorrhagie secondaire qui a nécessité la ligature de la carotide externe.

M. Sée préfère le procédé par l'incision sur le bord postérieur de la mâchoire, malgré les dangers auxquels il expose.

M. Farabeuf pense que dans ce procédé le ligament stylo-maxillaire doit gêner l'opérateur pour la découverte du nerf.

Dr Bastard.

FORMULAIRE.

Potion au quinquina, très agréable au gout, pour les enfants.

Rec. Ecorce de quinquina calisaya	10	grammes.
Faire bouillir dans : eau	100	—
Ajouter :		
Vin généreux	70	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères	30	—

M. s. a.

A prendre par cuillerées à bouche, toutes les deux heures, dans les affections fébriles avec tendance à l'adynamie.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

Des altérations de la quinine. — La Gazette des hôpitaux vient de nous révéler un fait de la plus haute importance signalé par M. le docteur Laborde dans la séance de la Société de biologie du 16 décembre 1882. (Voir Gazette des hôpitaux, 1882, page 1165.)

Le sulfate de quinine joue un rôle si grand dans le domaine de la thérapeutique que l'émotion a été grande, et que de suite on a provoqué des enquêtes pour arriver à savoir comment de pareils faits avaient pu se produire. M. le directeur de l'Assistance publique a été invité, au Conseil municipal, à donner des explications au sujet des plaintes formulées sur les falsifications du sulfate de quinine. M. Quentin a répondu :

« Il est vrai que j'ai reçu, à ce sujet, des plaintes qui ont motivé de ma part une enquête immédiate. Nous avons ainsi acquis la certitude que des boîtes de sulfate de quinine qui étaient adressées à la Pharmacie centrale contenaient, à la surface, un produit d'excellente qualité, tandis que le fond de la boîte n'était rempli que par du sulfate de cinchonine.

« L'administration de l'Assistance publique a immédiatement pris les mesures nécessaires pour assurer l'exécution des clauses des cahiers des charges imposés à ses adjudicataires, et elle tiendra la main pour que ces clauses soient observées rigoureusement. »

Quelques mots sur l'histoire du sulfate de quinine feront comprendre comment ces altérations se sont produites.

La découverte de la quinine est éminemment française : tout le monde sait qu'elle est due à Pelletier et Caventou et que le prix Montyon récompensa cette grande découverte. Le monde entier devint tributaire de la France. Plus tard, MM. Pelletier, Delondre et Levaillant continuèrent l'œuvre primitive, qui, sous leur direction, prit le nom de *sulfate de quinine des trois cachets*, que dans beaucoup de contrées on continue à lui donner le nom de son premier inventeur, Pelletier.

MM. Armet de Lisle continuent, à leur tour, les traditions de leurs prédécesseurs et leur sulfate de quinine est reconnu universellement d'une pureté et d'une qualité tellement supérieure que le cours en est toujours plus élevé de 25 ou 30 francs par kilogr. que celui de toute autre fabrication.

Mais la concurrence est venue se jeter sur le sulfate de quinine et, malgré le prix toujours croissant des écorces de quinquina, le prix du sulfate de quinine a baissé considérablement. Le mot de cette énigme est simplement la découverte d'un nouveau sel de cinchonine, le chlorhydrate de cinchonine. Ce nouveau sel a la même forme cristalline que le sulfate de quinine ; il a la même apparence, la même blancheur, le même poids spécifique et une amertume particulière, sauf les propriétés fébrifuges.

Tout le monde voulait du bon marché ; la vieille fabrication du sulfate de quinine Pelletier, qui est l'honneur de la France, dut souvent abandonner la lutte des enchères, car son cachet indiquant une pureté absolue était incompatible avec des prix par trop réduits.

Nous sommes avertis : à nous médecins de formuler dorénavant *Sulfate de quinine des trois cachets.* Nous serons alors assurés de la pureté parfaite de notre sulfate de quinine.

Dr Delmis (Gazette des hôpitaux).

BIBLIOGRAPHIE

Recherches d'anatomie comparative et d'anatomie philosophique sur les caractères du crane et du cerveau. — 1er mémoire : Sur le développement quantitatif comparé de l'encéphale et de diverses parties du squelette (1), par le docteur L. Manouvrier.

M. Manouvrier s'est proposé de rechercher la signification du poids de l'encéphale au point de vue de l'anatomie philosophique, c'est-à-dire les lois qui président à ses variations suivant les âges, les sexes et les races, les rapports de la capacité crânienne et du poide encéphalique avec les autres caractères du crâne et de l'encéphale et avec le reste du corps.

Ayant été pendant plusieurs années l'élève et le collaborateur de Broca, M. le docteur Manouvrier était bien préparé à l'étude de ces questions difficiles et si complexes. La lecture de cet intéressant travail fera voir que, si toutes celles qu'il a soulevées ne peuvent pas être résolues à l'heure qu'il est, beaucoup de problèmes nouveaux y sont, du moins, nettement posés.

Dans ce premier mémoire, qui doit être suivi de deux autres, l'auteur, pour préparer l'interprétation du poids de l'encéphale, étudie le développement des parties du squelette dont la signification est la plus nette au point de vue physiologique. L'interprétation directe du poids de l'encéphale avec ses applications fera l'objet du second mémoire, et, dans le troisième, seront étudiés les principaux caractères morphologiques du crâne et du cerveau, conformément aux données exposées dans les deux premiers.

L'auteur expose, tout d'abord, le plan de ses recherches et les idées générales qui lui ont servi de point de départ.

Considérant que la plupart des caractères sexuels du crâne, de diverses parties du squelette et de l'encéphale pouvaient être rattachés à la différence sexuelle du développement musculaire, il reconnut que, par l'analyse de l'influence de ce développement, beaucoup de caractères du crâne et du cerveau pourraient recevoir une interprétation capable de conduire à des lois générales.

Le crâne, en effet, est en rapport extérieurement avec le système musculaire, intérieurement avec le système nerveux central, et le développement de chacun de ces deux systèmes semble devoir influer directement sur son développement et sa forme.

De plus, en raison des fonctions multiples de l'encéphale, sensibilité, motricité, etc., le développement musculaire doit agir sur le crâne par son intérieur aussi bien qu'extérieurement. Enfin, les proportions suivant lesquelles varient les différentes fonctions de l'encéphale doivent correspondre à des proportions corrélatives des différentes parties de l'encéphale et, par suite, retentir sur la forme du cerveau et du crâne.

Il importe donc de déterminer la valeur relative de ces deux facteurs généraux du développement encéphalique : fonctions intellectuelles, fonctions motrices et végétatives. Les premières ne peuvent être évaluées directement ; il s'agit donc de déterminer la valeur des secondes, qui peut être représentée par la masse des appareils digestif et locomoteur.

Dans ce but, l'auteur a cherché dans le squelette les termes les plus propres à représenter cette masse active du corps, et il en a poursuivi l'étude comparative dans les espèces, les âges, les races et les sexes.

Le premier chapitre est consacré à l'étude de la *signification des diverses parties du squelette.* L'auteur fait ressortir l'intérêt spécial que présente, à son point de vue, l'étude du crâne, de la mandibule, qui appartient à l'appareil digestif, et du fémur, qui peut représenter l'appareil locomoteur.

Dans le deuxième chapitre, l'auteur montre l'*indépendance* du développement de ces trois parties du squelette et prouve que le poids du fémur peut effectivement représenter le développement total des membres dans une espèce donnée.

Le chapitre III roule sur le *poids absolu du crâne.* Différents tableaux font ressortir l'influence de la taille sur ce poids, soit que l'on compare entre elles les races humaines, soit que l'on envisage les sexes. L'auteur traite, en passant, de la cause d'erreur apportée dans ce genre d'étude par l'adjonction des os de la face à ceux du crâne. La face est plus développée, relativement au crâne, chez les races inférieures que chez les Européens, chez l'homme que chez la femme et surtout que chez l'enfant.

En somme, le poids absolu du crâne suit visiblement le développement général du système osseux, mais il dépend aussi d'une autre cause qui sera étudiée plus loin.

Le quatrième chapitre est consacré au *poids absolu de la mandibule.* L'étude de ce poids, dans l'ordre des Primates, conduit aux conclusions suivantes :

1o Dans toutes les races, la différence sexuelle du poids de la mandibule est très considérable.

2o La taille influe sur les différences ethniques : les races de petite taille présentent une moyenne en général moins élevée que les races de grande taille.

3o L'influence ethnique peut contrebalancer pourtant l'influence de la taille : à taille égale et même moindre, les races inférieures ont la mandibule plus lourde que les races supérieures, les anthropoïdes ont la mâchoire plus lourde que les races humaines inférieures.

4o L'augmentation du poids de la mandibule, à mesure qu'on descend vers les races plus inférieures, est donc en rapport avec une autre cause que le développement général du corps.

5o Le poids de la mandibule, chez vingt-six assassins français, se trouve plus élevé que chez les individus ordinaires,

(1) *Bulletin de la Société zoologique de France* et *Thèses de la Faculté de médecine.* Paris, 1882.

alors que le crâne est plus léger. Ce fait tendrait à faire regarder les assassins comme représentant, dans les races civilisées, la portion retardataire an point de vue de l'évolution anatomique comme de l'évolution morale.

Dans le chapitre V, le *poids du crâne* est comparé au poids du squelette et an *poids des fémurs*. Des différents tableaux qu'il contient décolent les conclusions suivantes :

1o Le poids du crâne augmente avec le poids du squelette, mais non proportionnellement à ce dernier poids ;

2o Il est d'autant plus grand par rapport au poids du squelette que celui-ci est moins élevé ;

3o Le poids relatif du crâne décroît dans l'ordre suivant : Enfant — Femme — Homme de petite stature — Homme de forte stature — Anthropoïdes ;

4o L'indice cranio-fémoral, ou le rapport du poids du crâne an poids des fémurs, constitue un caractère sexuel très important. Le poids des fémurs est ordinairement (83 fois sur 100) inférieur au poids du crâne chez la femme. Chez l'homme, c'est ordinairement le poids des fémurs qui l'emporte sur le poids du crâne (81 fois sur 100). — Chez l'enfant nouveau-né, le crâne offre un poids relatif énorme.

C'est ici que se manifeste l'influence du poids de l'encéphale sur le poids du crâne, car le poids relatif du crâne décroît absolument dans le même ordre que le poids relatif de l'encéphale.

Dans le chapitre VI, le *poids du crâne* est comparé à la *capacité cranienne*, ou au *poids de l'encéphale*. Le rapport constitue l'*indice cranio-cérébral*.

Les recherches de M. Manouvrier ont porté sur de nombreuses séries de races, de sexes et d'âges différents. A ne considérer que les séries formées par les anthropoïdes, les microcéphales, les races inférieures, les Européens et les hommes distingués, le rapport du poids du crâne à sa capacité semble constituer un caractère sériaire ou hiérarchique. Mais si l'on poursuit la comparaison dans des séries de même race et de même sexe sectionnées d'après le poids du squelette, on voit que le même rapport est également dominé par le développement du système osseux, car il s'élève alors avec la taille.

En combinant ces deux influences du développement nerveux et du développement osseux sur le poids du crâne, on pourrait être tenté de conclure que l'évolution s'est faite dans le sens d'une diminution de la masse du corps et que les races ainsi que les individus d'une faible stature représentent une phase plus avancée de l'évolution. Mais l'auteur déclare qu'une telle conclusion serait prématurée et qu'en réalité l'interprétation du poids relatif du crâne est complexe comme celle du poids relatif de l'encéphale qui sera exposée dans le mémoire suivant.

La chapitre VII est consacré au *poids relatif de la mandibule*. — Sous le nom d'*indice cranio-mandibulaire*, l'auteur étudie le rapport du poids de la mandibule an poids du crâne. Il montre que ce rapport s'élève à mesure que l'on considère des races moins civilisées, qu'il est plus élevé chez les assassins, moins élevé dans le sexe féminin et moins encore chez les enfants.

Mais, d'un autre côté, le rapport du poids de la mandibule au poids des fémurs ou du reste du squelette est plus élevé chez les individus de petite taille, plus élevé chez la femme que chez l'homme et chez l'enfant que chez l'adulte, contrairement au rapport cranio-mandibulaire.

L'auteur trouve dans ce fait la preuve que le développement mandibulaire est lié au développement de l'appareil digestif, car, plus le poids du corps diminue, plus ses dépenses sont relativement fortes et plus grande est la quantité de nourriture ingérée relativement au poids total.

Le dernier chapitre est consacré à l'étude de l'*épaisseur des parois du crâne*. L'auteur montre que l'épaisseur de la voûte du crâne suit, d'une manière générale, le poids du crâne, mais plus exactement le rapport du poids du crâne à sa capacité, qui, lui-même, dépend du poids relatif de l'encéphale.

En terminant, M. Manouvrier fait ressortir la *précocité du développement encéphalique* par rapport à celui des systèmes osseux et musculaire; et la *précocité du crâne* par rapport au reste du squelette. Cette précocité, en vertu de laquelle le jeune anthropoïde se rapproche plus de l'homme que l'anthropoïde adulte et qui revêt en général la jeunesse et la petitesse de caractères de supériorité, cette précocité semblerait contredire la loi de Hœckel : que l'ontogénie est une récapitulation de la phylogénie. L'auteur pense que cette contradiction n'est qu'apparente.

E. DUCHESNE.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — La chirurgie militaire vient de perdre une de ses illustrations.

Charles-Emmanuel SÉDILLOT, né à Paris le 16 septembre 1804, vient de décéder à Sainte-Ménehould le 28 courant à l'âge de soixante-dix-neuf ans. Il était le fils d'un orientaliste distingué, secrétaire de l'Ecole des langues orientales et appartenait à une famille de médecins célèbres, parmi lesquels : Joseph Sédillot, ancien médecin en chef de la Salpêtrière, membre de l'Académie de chirurgie, et Jean Sédillot, médecin de l'hôtel des Invalides, médecin de la maison du prince de Condé et fondateur de l'ancienne Société de médecine de Paris.

Charles-Emmanuel Sédillot fit ses premières études médicales à Paris; il fut externe au concours des hôpitaux civils en 1824 et concourut en 1825 pour l'internat; mais nous ne le trouvons pas parmi les titulaires. Il prit rang dans le service de santé de l'armée et fut attaché à l'hôpital militaire de Metz en 1826; il revient à Paris au Val-de-Grâce en 1827, concourt pour la place d'aide d'anatomie, fait plusieurs cours d'anatomie descriptive, d'anatomie chirurgicale et d'anatomie pathologique de 1827 à 1831. Il se fait remarquer par son aptitude, et nous le voyons lauréat dans tous ses concours. Docteur en médecine de Paris en 1829, il s'enthousiasme pour la Pologne et fait la campagne de 1831; il revient en France en 1832, se présente une première fois pour l'agrégation. De 1832 à 1835, il est démonstrateur au Val de-Grâce, et concourt de nouveau pour l'agrégation à la Faculté de Paris, où il est nommé agrégé. Chirurgien major en 1836, il concourt encore pour la chaire de clinique externe, puis part en 1837 en Afrique, où il fait la campagne de Constantine, et publie la relation médicale de cette campagne. Il se présente de nouveau au concours pour la chaire de médecine opératoire en 1839 et enfin en 1841 à celui de la chaire de pathologie externe et de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg. Il avait déjà professé de 1812 à 1850 à l'hôpital militaire de cette ville; il s'y fixe désormais et remplit, à la satisfaction de tous, de 1856 à 1867, les fonctions importantes de directeur de l'Ecole du service de santé militaire. Les travaux de Sédillot sont considérables. Il a suggéré d'importantes modifications dans les procédés d'amputation, dans les résections ; il est

l'auteur d'un travail classique sur les luxations. L'un des premiers il a étudié les divers procédés d'anesthésie chirurgicale par l'éther et le chloroforme, et son important travail sur la conservation des membres par la conservation du périoste lui valut en 1867 le grand prix de chirurgie de l'Institut. Il avait été nommé correspondant de l'Académie de médecine en 1857 et membre de l'Académie des sciences en 1872. Nous donnerons dans notre prochain numéro la liste complète des travaux de Sédillot, et nous avons l'espoir qu'un de ses anciens élèves, plus compétent que nous, en donnera quelque jour l'appréciation scientifique et à l'Institut en 1872. Personne n'a oublié les derniers mots émus de ses débuts à la tribune académique, lorsqu'il disait qu'il rentrait à Paris, l'annexion de l'Alsace à l'Allemagne venait d'être accomplie, après 31 ans d'absence.

Dr A. DUREAU.

***

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE. — Cette Société s'est constituée lundi dernier. A huit heures du soir, un nombre considérable d'ophthalmologistes de langue française, parmi lesquels, outre des Français, on comptait des Belges, des Suisses et des Espagnols, se réunissaient dans la salle de la Société de chirurgie. M. Chibret (de Clermont-Ferrand), promoteur de la Société, a été nommé par acclamation président provisoire, et M. Armaignac (de Bordeaux) secrétaire.

Après une longue discussion, la Société a adopté, pour sa constitution, les statuts qui régissent la Société ophthalmologique d'Heidelberg. D'après ces statuts, la Société tiendra régulièrement à Paris des assises annuelles, à moins de décision contraire prise en séance plénière par la majorité des membres présents. Chaque session comprendra deux ordres de séances: des séances scientifiques, qui seront publiques, et des séances d'affaires où la Société s'occupera de ses intérêts. Un comité dirigeant, composé de huit membres, est chargé de la surveillance de ces intérêts et de la rédaction des comptes rendus. Les membres de comité élus dans cette première réunion, sont: MM. Panas, Chibret, Armaignac, Meyer, Abadie, Coppez.

Les séances scientifiques ont commencé dès le lendemain.

***

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Le concours pour l'agrégation de chirurgie commencera le 1er mars. Le jury se composera :

a. Comme juges titulaires, de MM. Gosselin, président; Guyon, Le Fort, Pajot, Berger, Denucé (Bordeaux), Bouchacourt (Lyon) et Legouest (Académie);

b. Comme juges suppléants, de MM. Depaul, Duplay, Panas et Verneuil.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. Chantemesse, Dubar et Durand Fardel sont nommés moniteurs des travaux pratiques d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

— M. Babinski, interne des hôpitaux de Paris, est nommé préparateur des travaux pratiques d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

—PRIX DES THÈSES. — La Faculté vient de décerner les récompenses suivantes aux docteurs en médecine qui ont subi leur thèse pendant le cours de l'année scolaire 1881-1882 :

A. *Médailles d'argent* : MM. Chauffard, Desnos, Féré, Guillier, Labbé (Ch.), Lejemble, Leloir, Manouvrier et Servoles.

B. *Médailles de bronze.*—MM. Bénard, Brondel, Cavalcanti, Colovitch, d'Albuquerque, d'Antin, Faisans, Gaucher, Guitter, Haranger, Havage, Masseron, Méricamp, Pruvot, Osorio, Savard, Vallon, Variot et Wuillamier.

C. *Mentions honorables.* — MM. Béchard, Berthey, Bonnaos, Bouoot, Boussac, Branly, de Bricon, Brumauld de Montgazoo, Castagnéda, Castex, Castiel, Cavagé, Comby, Ganchas, Gautier, Gergand, Girard, Lacaze-Dori, Meunier, Moizard, Piogey, Reyne, Tisné, Tenaille de Larabrie et Vimont.

— Le prix Lacaze pour l'année 1882 ne sera pas décerné, par suite de l'insuffisance des mémoires envoyés au concours. La même question, c'est-à-dire la fièvre typhoïde, est maintenue pour le concours de 1883.

***

HÔPITAL LAENNEC. — Des conférences cliniques médicales et chirurgicales auront lieu tous les jours, à dix heures du matin, à dater du 30 janvier. Elles auront lieu les jours suivants :

Lundi : M. Ball ; mardi : M. Nicaise ; mercredi : M. Legroux ; jeudi : M. Ferrand ; vendredi : M. Damaschino ; samedi . M. Nicaise.

Une affiche ultérieure fera connaître l'ouverture des cours de MM. Ball et Damaschino.

***

HÔPITAUX DE LYON. — Le concours pour le majorat de l'Antiquaille s'est terminé par la nomination de M. Augagneux.

***

ECOLE DE MÉDECINE D'ARRAS. — Par décret en date du 23 janvier 1883, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des Beaux-Arts, la section permanente du Conseil supérieur entendue, le droit de délivrer des inscriptions et de faire subir des examens est provisoirement retiré à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras.

— Par arrêté en date du même jour :

ARTICLE 1er. — Les étudiants inscrits à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras sont admis à faire valoir leur scolarité régulière, antérieure au 15 janvier 1883, devant telle faculté ou école de médecine et de pharmacie qu'ils choisiront. Ils subiront dans les mêmes conditions l'examen de validation de stage.

ART. 2. — Les aspirants et aspirantes aux diplômes d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe, de sage-femme et d'herboriste, qui veulent exercer dans le département du Pas-de-Calais, subiront les examens, à leur choix, devant la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lille ou devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

ART. 3. — Le recteur de l'Académie de Douai et les préfets des départements du Pas-de-Calais, du Nord et de la Somme sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

***

BAL ANNUEL D'ENFANTS, PARÉ ET COSTUMÉ DONNÉ PAR LA SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — La Société protectrice de l'enfance, dont le but est de venir en aide aux pauvres mères nourrices et à leurs petits enfants, donnera le dimanche gras, 4 février, à 1 heure de l'après-midi, dans les magnifiques salons de l'Hôtel Continental, son bal annuel d'enfants, paré et costumé, au profit de l'Œuvre. Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à conduire leur jeune famille à cette charmante fête de bienfaisance. L'orchestre sera dirigé par son excellent chef M. Desgranges et les danses par l'habile professeur, M. Desrat.

Prix du billet: 3 francs. — On en trouve à l'Hôtel Continental et au siège de la Société, rue des Beaux-Arts, 4.

***

CORPS DE SANTÉ DE L'ARMÉE. — Le ministre de la guerre vient d'adresser une instruction provisoire datée du 7 novembre 1882 sur le fonctionnement général du service de santé et le service de santé à l'intérieur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1882-83

65. M. Bressot. De la pleurésie rhumatismale. — 66. M. Massay. Contribution à l'étude du traitement des teignes et

en particulier du traitement par le cosmétique à l'huile de croton. — 67. M. Girard. De la fièvre typhoïde à début pneumonique. — 68. M. Davy. L'herpès du larynx. — 69. M. Tourtoulis. Contribution à l'étude des fièvres paludéennes à symptômes cérébraux graves. — 70. M. Potiquet. De l'albuminurie dans la cirrhose atrophique.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 18 janvier au jeudi 24 janvier 1883

Fièvre typhoïde 69. — Variole 6. — Rougeole 28. — Scarlatine 0. — Coqueluche 2. — Dipthérie, croup 42. — Dysenterie 2. — Erysipèle 11. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 61. — Phthisie pulmonaire 208. — Autres tuberculoses 14. — Autres affections générales 57. — Malformation et débilité des âges extrêmes 72. — Bronchite aiguë 42. — Pneumonie 69. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 38, — au sein et mixte 23. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 110. — de l'appareil circulatoire 48. — de l'appareil respiratoire 71. — de l'appareil digestif 44. — de l'appareil génito-urinaire 29. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 47. — 11 Causes non classées. — Total de la semaine: 1122 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

L'Agenda médical pour 1883, entièrement refondu, contenant : 1° Mémorial thérapeutique du médecin praticien, par le professeur Trousseau, le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine.

2° Mémorial obstétrical, par M. le professeur Pajot.

3° Formulaire magistral, par M. Delpech, pharmacien de première classe, membre des Sociétés de pharmacie et de thérapeutique.

4° Code médical et professionnel, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre.

5° Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger, par le docteur de Valcourt.

Plus un calendrier à deux jours par page, la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins inspecteurs des eaux minérales, maisons de santé de Paris et des environs: la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et écoles préparatoires de médecine de France; les écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses sociétés médicales; des modèles de rapports et certificats; le tableau des rues de Paris, etc. Format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles. — Prix : Broché : 1 fr. 75; Cartonné à l'anglaise : 2 fr.; Divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille: 3 francs.

Reliures diverses : n° 1. Maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier : 3 fr. 50; n° 2. Maroquin à patte avec crayon, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier : 3 fr. 75; n° 3. Maroquin à patte avec crayon et petite trousse en soie : 5 fr.; n° 4. Maroquin à patte avec crayon et petite trousse en maroquin : 7 fr.; n° 5. Maroquin à patte avec crayon et petite trousse, avec fermoir en maillechort : 9 fr.

Cet agenda sera envoyé à domicile sur la désignation du numéro. — Librairie Asselin et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef: M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres: MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire: M. le Dr **E. RICKLIN.**
Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 8 février 1883.

DE L'INOCULATION CHARBONNEUSE ; DÉBAT ENTRE M. PASTEUR ET M. KOCH (de Berlin).

La communication de M. Pasteur au Congrès médical international de Londres sur l'atténuation des virus fut vivement attaquée par M. le docteur Koch dans le RECUEIL DES TRAVAUX DE L'OFFICE SANITAIRE ALLEMAND. M. Pasteur, au Congrès d'hygiène de Genève, trouva et saisit l'occasion de réfuter les objections qui lui avaient été adressées par son adversaire de Berlin, et le provoqua pour ainsi dire en champ clos devant les membres du Congrès. M. Koch refusa de relever immédiatement le gant et se réserva de répondre par la voie de la presse. C'est ce qu'il a fait trois mois plus tard, et la SEMAINE MÉDICALE a publié une traduction de son factum. M. Pasteur a répliqué à son tour dans la REVUE SCIENTIFIQUE. On ne saurait rester indifférent à un débat d'un si haut intérêt ; mais, pour l'apprécier sainement, il faut laisser de côté toute question de personne ou de nationalité et se préoccuper uniquement de la recherche de la vérité scientifique.

L'impression que laisse tout d'abord la lecture du travail de M. Koch, c'est que le médecin allemand ne s'est pas complètement inspiré des sentiments que nous recommandons ici ; son argumentation trahit, en effet, un esprit de partialité qui en amoindrit considérablement la portée et la valeur. Cependant, il est juste de reconnaître qu'il adresse à son adversaire quelques objections vraiment fondées. On peut dire qu'il y a, de part et d'autre, un côté fort et un côté faible. Mais, en définitive, sur le point capital du débat, c'est-à-dire sur l'atténuation du virus charbonneux et la vaccination qui en est l'application pratique, la victoire reste tout entière à M. Pasteur.

M. Koch attaque M. Pasteur dans la priorité de ses recherches, dans sa méthode d'expérimentation, dans les résultats immédiats qu'il dit en avoir retirés : c'est là le côté faible du médecin allemand et le côté fort du savant français.

En ce qui concerne le premier point, M. Pasteur, faisant un rapide historique de ses travaux relatifs aux fermentations, à la maladie des vers à soie, aux maladies des boissons fermentées, etc., travaux auxquels il a consacré vingt années (de 1856 à 1876), M. Pasteur, disons-nous, a peu de peine à établir son droit de priorité sur les découvertes qui font l'objet du débat, et l'impartialité la plus étroite oblige à ratifier la conclusion suivante qu'il tire de cette partie de son argumentation :

« Tout le récit qui précède, Monsieur, vous permettra peut-être de comprendre que, si je ne suis ni médecin ni vétérinaire, comme vous aimez à le rappeler, on s'accorde cependant, en Angleterre et en Allemagne comme en France, à reconnaître la grande part d'initiative que j'aie eue dans les doctrines étiologiques actuelles.

« Vous, Monsieur, qui êtes entré dans la science en 1876 seulement, après tous les grands noms que je viens de citer,

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Novembre. — Janvier.

L'année qui finit et l'année qui commence. — Les dernières pertes. — Adieu au projet de doctorat ès sciences médicales. — Les infirmiers et les hôpitaux de syphilitiques. — A quand le ministère de la santé publique?

> Eheu! fugaces, Postume, Postume,
> Labuntur anni.......................

Horace avait raison (1). Les années passent vite. Et lorsque, au début d'une année nouvelle, on jette derrière soi un regard sur l'année qui vient de finir, l'on reste surpris de la somme de faits tant pénibles qu'agréables, d'événements imprévus et déjà oubliés, d'accidents déplorés d'abord, puis bientôt après effacés de la mémoire, qui se sont succédés dans cette période de trois cent soixante-cinq jours.

Mais ce qui afflige le plus un homme de cœur, c'est, à mesure que l'on avance vers la vieillesse, d'avoir à pleurer la disparition d'un chiffre toujours croissant d'amis et de connaissances.

***

Les derniers mois de 1882 nous ont enlevé en effet un bon nombre de nos confrères ; j'en salue quelques-uns :

Davaine, esprit distingué quoique trop modeste. Mais la postérité, plus équitable que ses contemporains, se souviendra des travaux de ce patient chercheur et rendra justice à sa mémoire. N'est-ce pas, en effet, à la suite de ses études persistantes qu'a été ouverte la voie de ces domaines jusqu'alors presque inexplorés où M. Pasteur cueille aujourd'hui tant de lauriers? Beaucoup de ces lauriers avaient été semés par Davaine.

Cazalis, homme d'étude, clinicien érudit, collectionneur de faits

(1) Carm. Lib. II.... Ode XIV.

vons pouvez avouer sans déroger que vous êtes un débiteur de la science française. »

S'il est un autre point sur lequel M. Pasteur nous semble aussi inexpugnable, c'est celui qui a trait à sa méthode expérimentale, aux précautions dont il entoure toutes ses expériences, à la rigueur qu'il met à les contrôler. Sur ce terrain, il a constamment défié tous ses contradicteurs, et tous ont dû lui rendre justice. Les attaques de M. Koch ne sauraient donc porter, et l'on pourrait même lui retorquer quelques-unes de ses objections. Par exemple, il reproche à M. Pasteur de pratiquer les inoculations sur des animaux d'une autre espèce que ceux qui ont fourni le virus inoculé, et plus loin, pour démontrer que certaines espèces animales, telles que les lapins, les cobayes et les souris, ne sont pas susceptibles d'acquérir l'immunité charbonneuse par l'inoculation d'un virus atténué, il invoque des expériences où le virus dont on s'est servi a été emprunté à des animaux de l'espèce ovine ou bovine.

Relativement au troisième point, il s'agit de faits nombreux observés en France, en Allemagne, en Italie, et dans lesquels on a essayé, sur une plus ou moins vaste échelle, la pratique de la vaccination charbonneuse. Ces essais sont tous récents; ils datent à peine de plus d'une année. Avec son esprit prévenu, M. Koch a relevé naturellement ou interprété à sa manière ceux qui peuvent témoigner contre la méthode de M. Pasteur. Mais il a été facile à ce dernier de démontrer que M. Koch a commis plusieurs erreurs, et ceux qui reliront impartialement comme nous la relation des faits invoqués de part et d'autre, faits d'ailleurs la plupart connus de nos lecteurs, resteront convaincus que les résultats jusqu'à présent obtenus sont entièrement conformes aux assertions de M. Pasteur. M. Koch n'est donc nullement fondé, comme conclusion de l'examen et de l'appréciation de ces faits, à dire : « L'inoculation préventive suivant le procédé de M. Pasteur, à cause de l'immunité insuffisante qu'elle confère contre l'infection naturelle, à cause du peu de durée de son action préventive, et à cause des dangers qu'elle fait naître pour l'homme et les animaux non inoculés, ne saurait donc être considérée comme utilisable dans la pratique. »

Il est bon d'ajouter que M. Koch, en formulant cette conclusion, ne nie pas d'une manière absolue la possibilité d'utiliser la découverte de l'atténuation des virus pour l'inoculation préventive du charbon; il croit, au contraire, que cette découverte rendra dans l'avenir de grands services, mais grâce à des méthodes perfectionnées. Il reconnaît donc le principe; il combat simplement le mode d'application mis en pratique par M. Pasteur.

Certes, toute méthode est perfectible, et M. Pasteur accordera sans peine que la sienne est soumise à cette loi commune. Si la découverte de l'atténuation des virus répond à toutes les espérances qu'elle a fait concevoir, il lui restera assez de gloire de la part qu'il aura prise à cette découverte.

Mais quelle est l'étendue légitime de ces espérances? Nous touchons ici au côté faible de M. Pasteur : l'impartialité nous fait un devoir de le signaler, ou plutôt de le rappeler, car nous n'avons cessé de combattre les généralisations hâtives, prématurées, auxquelles M. Pasteur et ses disciples se sont laissé entraîner. M. Koch ne pouvait manquer de frapper à ce point vulnérable. « Déjà lors de ses premières recherches sur le choléra des poules, dit-il, M. Pasteur s'était abandonné aux plus vastes espérances; lorsqu'ensuite il eût réussi à conférer, au moyen d'inoculations préventives, l'immunité contre le charbon à un petit nombre de moutons, il n'hésita pas à généraliser la signification de ses premiers résultats. Il considéra comme une chose tout à fait hors de doute que l'on réussirait à conférer l'immunité non seulement aux moutons, mais à toutes les espèces animales douées de la réceptivité pour le charbon. Il lui parut aussi, comme une chose hors de conteste, que toutes les autres maladies infectieuses devaient se comporter comme le charbon, que leurs microbes étaient susceptibles d'être atténués et vaccinifiés. Avec une entière confiance, il annonça le triomphe prochain dans la lutte contre les maladies infectieuses. »

Or, à l'encontre de ses espérances et de la loi générale qui devait les traduire, M. Koch rappelle qu'il est des maladies infectieuses, entretenues par des bactéries, dont une première atteinte ne confère nullement l'immunité contre une contagion nouvelle; il cite, entre autres, l'érysipèle, la blennorrhagie, la fièvre récurrente, la tuberculose. Du reste, pour les maladies dont une première atteinte confère d'habitude l'immunité, on note de fréquentes exceptions; les récidives de la rougeole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de la variole, ne sont pas extrêmement rares. Le charbon lui-même en offrirait des exemples : d'après M. Koch, J. de Jarnowski aurait observé

---

anatomo-pathologiques, qui a eu le tort de ne pas tirer parti de bien des richesses accumulées, dont il pouvait disposer et dont la science ne profitera pas.

Lucien Corvisart, heureux dès le début de sa carrière de porter un nom illustré par le médecin du grand Napoléon. Et cependant quand le neveu du premier empereur parvint à occuper la place de son oncle, le neveu du premier médecin s'était déjà distingué. Il était chevalier de la Légion d'honneur depuis 1848, ayant été blessé durant son internat en portant secours aux combattants des journées de juin.

La science doit savoir gré au docteur Lucien Corvisart de n'avoir pas négligé, dans la situation officielle qu'il occupait, d'apporter son tribut à la médecine scientifique, car, outre sa thèse sur la *Tétanie*, Corvisart a publié, on ne l'ignore pas, d'intéressants travaux sur les *Dyspepsies* et surtout sur le rôle du suc pancréatique dans la digestion des aliments azotés.

Que d'autres noms encore mériteraient d'être cités parmi les confrères récemment disparus! A Lille, Houzé de l'Aulnoit; à Turin, Concato; ceux-là avaient donné des gages sérieux à la science; mais il y a eu aussi des épis fauchés avant la maturité : Puel, à Lille; Mathelin, à Paris, et tant d'autres!

***

A côté de ces morts que l'année 1882 nous oblige de pleurer, ne dois-je pas une mention sinon un regret à ce projet émané du ministre de l'instruction publique et relatif à la création d'un doctorat ès sciences médicales? Ce n'a pas été un projet mort-né sans doute, mais il paraît, pour le moment du moins, bien et dûment enterré; car, avant qu'il ne soit réalisé, on aura eu le temps de découvrir le microbe de la pleurésie et de la péritonite ou celui du coryza; probablement même la police aura-t-elle mis la main sur le meurtrier du pharmacien Lagrange, et qui sait? peut-être d'ici là verrons-nous l'Académie de médecine *dans ses meubles*, dans un palais à elle appartenant? On a donc du temps devant soi, et l'on peut en attendant porter le deuil des bonnes intentions du ministère.

***

Si l'on descend des hauteurs du grade en question au premier degré de la hiérarchie sanitaire, dans cette sorte d'armée médi-

deux individus, dont l'un fut atteint du charbon deux fois en deux ans, et l'antre trois fois en trois ans.

Quelle sera, d'autre part, la durée de l'immunité contre le charbon conférée aux nombreux troupeaux que l'on soumet actuellement à l'inoculation préventive? L'avenir seul le dira, et, quelque beaux que soient les résultats immédiats, une sage réserve doit s'imposer.

En résumé, ce qui nous semble ressortir d'un examen impartial des pièces du débat, c'est que, sur le terrain des faits expérimentalement acquis, M. Pasteur a complètement raison sur son adversaire; mais que, relativement aux inductions qu'il est permis de tirer de ces faits au point de vue de la pathologie générale des maladies infectieuses, les critiques de M. Koch ne sont pas toutes sans fondement.

Dr F. de Ranse.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Léon Colin, avec cette courtoisie qu'on aime à rencontrer dans tout débat scientifique, a donné lui-même lecture de la lettre de M. Glénard où il était personnellement pris à partie. Le malentendu entre ces deux honorables confrères s'explique tout naturellement par les conditions défectueuses de la statistique médicale de l'armée, conditions sur lesquelles nous avons insisté dans le précédent numéro. Somme toute, le chiffre qui paraît exprimer la réalité des choses relativement à la léthalité de la fièvre typhoïde dans l'armée française est celui de 20 à 21 pour 100 relevé par M. Colin, non d'après la statistique officielle, mais d'après la relation de nombreuses épidémies observées et décrites par les médecins militaires. Ce chiffre s'écarte très peu, comme on le voit, du coefficient de 19,74 pour 100 calculé par M. Jaccoud, pour la population civile, sur un nombre de cas qui n'est pas inférieur à 64,468.

Disons, en terminant, que nous avons entendu avec plaisir M. Jaccoud, après avoir fait connaître et justifié cliniquement sa pratique dans le traitement de la fièvre typhoïde, condamner hautement et énergiquement avec son éloquence habituelle, toutes les hypothèses, tous les systèmes qui tendent à détourner la thérapeutique de sa véritable voie. La théorie parasitaire a eu une forte part de ses justes critiques. Pendant qu'on poursuit les microbes, on oublie trop souvent le malade, et celui-ci court risque de payer de sa vie la victoire remportée sur les parasites.

F. de R.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Étude clinique et statistique sur le rôle des hypérémies et phlegmasies broncho-pulmonaires dans l'évolution des lésions tuberculeuses du poumon, par le docteur Mayet, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Lyon.

Il n'est rien de plus difficile que de fixer exactement par des recherches cliniques la part qu'ont eue, dans le développement des lésions tuberculeuses, les causes non spécifiques de fluxion et d'inflammation, et le rôle principal ou adjuvant qu'elles ont pu jouer.

Pour bien connaître ce qui peut leur appartenir, pour ne pas leur accorder une influence trop prépondérante ou trop accessoire, il faut chez un sujet donné déterminer la valeur de toutes les autres causes; il est impossible d'apprécier isolément ce facteur dans la solution du problème si complexe de l'étiologie de la tuberculose.

Nous examinons, bien entendu, cette question ici en dehors de toute étude du processus au point de vue anatomique et des lumières qu'elle peut fournir pour sa solution.

Le médecin qui veut baser son opinion sur des documents statistiques récoltés dans ce but spécial rencontre des obstacles nombreux.

Beaucoup de sujets ne peuvent nous éclairer avec une rigueur suffisante ni sur leurs antécédents héréditaires, ni sur les conditions occasionnelles exactes dans lesquelles a débuté la maladie.

Un malade qui vous affirme qu'une cause d'hypérémie pulmonaire *a frigore* ou traumatique a présidé d'une façon précise et évidente à l'éclosion de son mal, ou qui paraît être devenu manifestement phthisique sous l'influence de causes mécaniques ou chimiques irritant habituellement les alvéoles ou les bronches, ne vous a renseigné qu'à moitié s'il ne peut vous éclairer sur la santé de tous ses parents sans exception, ascendants ou collatéraux, ou s'il néglige, par oubli ou

---

cale qui tend à se constituer, on trouve les infirmiers, dont l'importance grandit tous les jours. On les met à prix pour ainsi dire; car on en manque pour parachever le grand œuvre de la laïcisation des hôpitaux. N'a-t-on pas déjà regretté ou plutôt considéré comme une manœuvre perfide de la part de l'Assistance publique, la laïcisation prématurée de l'hôpital de Lourcine? Lourcine, en effet, ce n'est pas nous qui le disons, aurait dû être le dernier hôpital laïcisé. Car il suffit de réfléchir un peu pour se rendre compte que, si les sœurs sont infectées par leurs malades, cela a moins d'inconvénients pour la société, et surtout pour leurs familles dont elles se sont séparées, que si la contamination syphilitique atteint des infirmières nullement vouées au célibat.

Vraiment, je me demande s'il n'y aurait pas grand avantage, au point de vue de l'hygiène sociale, à créer pour les hôpitaux spéciaux de Lourcine, du Midi et même de Saint-Louis, un corps d'infirmiers également spéciaux. Ne pourrait-on pas les recruter dans ce groupe de personnes neutres où le sultan choisit les gardiens du sérail, où le pape recueille ces délicieux chanteurs de la Chapelle Sixtine?... C'est une simple idée qui me vient, et que j'émets parce qu'elle me paraît utile. Je la livre à la publicité telle quelle, sans vouloir, j'en préviens les intéressés, réclamer le moindre brevet d'invention.

* * *

Mais revenons aux sommets de la hiérarchie. Nous entendons de tous côtés réclamer l'institution d'un ministère de la santé publique? Ce ministère aura besoin d'un personnel spécial et indépendant. C'est là que nous attendons les conseils de nos facultés routinières. C'est alors que nous serions surpris de les voir répondre au ministre: Que demandez-vous? N'avons-nous pas au-dessus du titre de docteur en médecine, le titre d'agrégé, le titre de médecin des hôpitaux et le titre de professeur?

Il n'est pire sourd que celui qui bouche ses oreilles. Qui donc attaque ces honorables institutions? Mais ce ne sont pas des aspirants à l'enseignement que le ministre veut faire éclore. Au surplus, les agrégés et les professeurs n'existent guère que dans six villes de France, tandis que dans les moindres bourgades on pratique des avortements, on empoisonne, on boit du vin qui n'en est pas, on vend des aliments avariés, on laisse les épidémies se propager en liberté.

volontairement, de vous mettre au courant des causes de débilitation ayant agi lentement et incessamment, ou parfois en peu de temps, mais avec intensité, pour modifier son économie dans le sens d'un abaissement d'énergie dans tous les échanges et les mouvements vitaux favorable à l'évolution des lésions tuberculeuses.

Aussi est-il nécessaire d'éliminer une grande partie des cas qu'on a l'occasion d'observer et de ne conserver que ceux sur lesquels on possède des renseignements précis et complets.

Outre l'importance de la détermination exacte des grandes causes à longue échéance, il ne faut jamais se contenter d'assertions vagues sur les causes immédiates, spécialement sur les refroidissements comme agents producteurs de la phthisie pulmonaire.

Quand le malade vous répond affirmativement sur ce point, cela n'indique nullement qu'il se rappelle d'une façon précise qu'une cause semblable ait présidé chez lui à l'éclosion des phénomènes morbides; mais guidé par la notion banale que toute maladie avec toux est due à cette origine, il affirme qu'il en a été ainsi chez lui par une conviction résultant de cette idée préconçue.

Il importe donc de multiplier les questions méthodiquement, de préciser ce qu'on demande, de mettre en garde le sujet contre cette erreur qui consiste à transformer une simple supposition en affirmation, de se faire détailler les circonstances et leur rapport exact dans le temps avec les accidents.

Quand on prend ces précautions, on peut rassembler assez de cas probants pour arriver à cette conviction que le refroidissement brusque de la peau sans réaction consécutive, et surtout le refroidissement partiel comme il se produit dans un courant d'air, le corps étant en sueur, amenant l'anémie des téguments et une fluxion corrélative pouvant aller jusqu'à l'inflammation sur les organes respiratoires, joue un rôle considérable dans l'évolution des lésions tuberculeuses du poumon.

Cette influence adjuvante apparaît aussi évidente quand les causes d'hyperémie ou d'irritation pulmonaire sont répétées, soit qu'il s'agisse de processus physiologiques *à frigore* moins intenses, mais incessamment reproduits, soit que des corps étrangers, des poussières à corpuscules aigus et anguleux exercent leur action mécanique sur les tissus des voies aériennes, soit que les organes respiratoires soient congestionnés d'une façon répétée par d'autres causes dont nous reparlerons.

Il arrive même, dans un assez grand nombre de cas, que ces circonstances paraissent être les véritables et seules causes, soit initiales, soit lentement efficientes.

Mais l'examen critique complet de la plupart des observations montre qu'il n'y a en là que des occasions favorables à l'évolution de lésions préexistantes, occasions qui ont pourtant une importance telle que, si elles ne se fussent pas produites, le processus eût pu avorter et rester silencieux et latent, plus ou moins longtemps ou définitivement.

Même pour les cas où l'on ne peut trouver d'autre étiologie, nous limitons à ce rôle l'influence des causes fluxionnaires, car il existe certainement alors chez les sujets des conditions pathogéniques d'une autre nature, qui ont échappé à nos investigations.

Cela n'empêche pas néanmoins les observations de cet ordre d'être les plus remarquables et les plus concluantes au point de vue que nous étudions.

Les faits que nous avons pu recueillir avec la méthode et dans le but que nous avons exposés peuvent être divisés en deux grandes catégories.

Les premiers, par ordre d'importance, sont ceux où une cause de fluxion sur les organes respiratoires, dans des circonstances bien précisées, a précédé immédiatement ou de peu de jours l'éclosion des premiers accidents caractéristiques, je veux parler du début de la toux avec affaiblissement, fièvre et sueurs nocturnes et surtout des hémoptysies.

Nous avons recherché avec le plus grand soin chez tous les malades compris dans notre statistique ce point de départ occasionnel par hyperémie pulmonaire, et nous l'avons trouvé très souvent tout en éliminant tous les cas douteux.

La plupart du temps, le sujet absolument bien portant, qu'il présente ou non des conditions héréditaires, ou débilité, mais sans offrir aucun symptôme pulmonaire, a été pris des accidents initiaux à la suite de l'impression du froid. Souvent la première hémoptysie s'est produite peu de jours ou peu d'heures après.

Chez un certain nombre de femmes, l'arrêt brusque des règles par le froid a joué presque certainement ce rôle congestif occasionnel.

Ces cas, malgré la valeur qu'ils ont tous, présentent des de-

---

N'est-il pas indispensable que l'Etat ait à son service des hommes investis d'un pouvoir spécial, des hommes représentant la science, la justice et l'autorité ; mais, pour aspirer à ces fonctions, ne faut-il pas des savants munis de connaissances techniques sérieuses, contrôlées et avérées ?

N'est-il pas, en outre, nécessaire que ces hommes n'aient aucun besoin de clientèle, ni aucun rapport d'intérêt avec leurs justiciables? Ils devront donc être non des praticiens, mais des hommes de science ayant des relations avec les praticiens, leurs confrères, ayant le droit de leur demander des renseignements utiles à la santé publique, mais incapables de leur porter ombrage ni de chasser sur leurs terres de médecins à clientèle.

Ainsi se trouvera justifiée après coup, la création d'un nouveau grade, non au-dessus, mais à côté de celui de docteur en médecine.

Car nous comprenons et nous demanderons nous aussi que l'on donne à ce nouveau grade un nom différent de celui de docteur ès-sciences médicales, qui prêterait à la confusion

L'idée que je me fais de l'organisation de la médecine publique dans l'avenir est bien simple : là, des médecins administrateurs, émanation du pouvoir central, surveillant la santé publique et correspondant avec tous les médecins d'une région ; ici, des praticiens débarrassés de toute fonction et par conséquent de toute responsabilité administrative, se contenteront de transmettre tous les renseignements que le demanderait un confrère devenu préfet, ou si l'on aime mieux inspecteur, ou encore surveillant de l'état sanitaire des habitants d'un ou de plusieurs cantons, d'un ou de plusieurs arrondissements.

Dr PÉTER-PAUL SOMANS.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Par arrêté en date du 27 janvier 1883 du ministre de l'instruction publique, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de chirurgie internes, sera ouvert le 6 août 1883, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

grès dans leur signification, ainsi que nous l'avons fait pressentir.

Les plus probants, au point de vue que nous développons, sont ceux où il n'existait ni hérédité, ni causes débilitantes antérieures à longue portée et à longue durée. Ensuite viennent ceux où les seules causes qu'on puisse invoquer sont à la fois des causes habituelles de fluxion broncho-pulmonaire et une circonstance occasionnelle de même nature qui a été le point de départ des accidents, puis ceux où la cause occasionnelle a manifesté son action chez des sujets soumis à des causes débilitantes sans hérédité, ceux où elle agit avec l'hérédité sans causes débilitantes, enfin ceux où se sont jointes l'hérédité, les causes débilitantes et les causes phlogogènes occasionnelles.

Dans cette nomenclature, je ne parle pas des sujets qui, outre les conditions que nous étudions, auraient pu contracter la maladie par contagion. Nous en dirons la motif en terminant cette note.

La seconde grande catégorie est composée de cas d'une valeur moindre à notre point de vue que ceux de la première, quoique ne pouvant pas être considérés comme en étant dénués : ce sont ceux où ont existé des causes habituelles, fréquentes, excessivement répétées même de phlegmasie broncho-pulmonaire sans que le début des symptômes caractéristiques puisse être rapporté à une circonstance précise du même ordre. Parmi ces derniers, les plus valables sont, comme tout à l'heure, les cas où ces causes ont existé seules. Les mêmes divisions peuvent d'ailleurs être admises que pour ceux de la première catégorie.

(A suivre.)

PHYSIOLOGIE

Sur le temps de réaction des sensations olfactives, par M. le Dr Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy.

On a donné le nom de *temps physiologique* ou *temps de réaction* au temps qui s'écoule entre le moment d'une excitation sensitive et le moment où la personne en expérience indique par un signal l'instant où elle a perçu la sensation.

La durée du temps de réaction a été calculée pour les excitations auditives, tactiles, visuelles, gustatives. Jusqu'en ces derniers temps aucune recherche de ce genre n'avait été faite pour les sensations olfactives. J'ai essayé de combler cette lacune dans une série d'expériences faites sur moi-même, au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Nancy, pendant les mois de décembre 1882 et janvier 1883, expériences dont les résultats principaux ont été communiqués à l'Académie des sciences (Séance du 5 février 1883) (1).

Après quelques tâtonnements, j'ai employé la disposition expérimentale suivante, qui m'a donné des résultats satisfaisants.

La substance odorante, liquide ou en dissolution aqueuse ou alcoolique, est placée dans un flacon bien bouché. Le bouchon est percé de deux trous qui laissent passer deux tubes coudés ; l'un de ces tubes, tube A, descend jusque près du niveau supérieur du liquide odorant ; l'autre tube, tube B, s'arrête à la partie supérieure du flacon. Ce tube B est relié par un tube en caoutchouc avec un embout, *embout nasal*, qui s'introduit dans une narine. Le tube A est mis en rapport par un tube en caoutchouc avec une poire en caoutchouc placée dans une petite boîte dont le couvercle mobile permet de la comprimer à volonté. Un tube à robinet ou une pince à pression continue sont placés sur le trajet de chacun de ces tubes. L'appareil étant ainsi disposé, on place dans une narine l'embout nasal et on fait ouvrir par un aide les deux robinets ou les deux pinces à pression, et à ce moment le flacon, qui contient la substance odorante, communique librement d'une part avec la cavité nasale, de l'autre avec la poire en caoutchouc. Dans ces conditions, on ne sent cependant aucune odeur, si on a la précaution de retenir sa respiration, ou, ce qui vaut beaucoup mieux, si on respire simplement par la bouche. Si maintenant un aide comprime la poire en caoutchouc, il détermine la production d'un courant d'air qui se charge de molécules odorantes et les entraîne jusqu'à la muqueuse nasale ; on a alors, sauf dans certaines conditions qui seront spécifiées plus loin, la perception nette d'une sensation olfactive.

Pour enregistrer le moment où la substance odorante arrive au contact de la muqueuse, j'ai employé la disposition suivante : La poire en caoutchouc est munie d'un tube en Y ; l'une des branches de ce tube est reliée au tube A et, par conséquent, en rapport avec le flacon odorant ; l'autre branche communique par un tube en caoutchouc avec un tambour enregistreur ; un double levier se soulève au moment où l'aide comprime la poire en caoutchouc. La longueur des tubes en caoutchouc a été calculée d'avance de telle façon que l'arrivée du courant d'air sur la muqueuse nasale coïncidât exactement avec le début du soulèvement du levier, soulèvement qui se trace sur un cylindre enregistreur. L'erreur provenant de ce chef ne peut dépasser 1 à 2 centièmes de seconde ; elle est donc tout à fait insignifiante, eu égard à la durée du temps de réaction des sensations olfactives.

Quant à l'enregistrement du mouvement qui sert de signal ; il se fait à l'aide d'un manche interrupteur dont le bouton est pressé par le pouce de la main droite ; cette pression détermine l'interruption d'un courant de pile et cette interruption est enregistrée sur un cylindre par un *signal de Deprez*. On a donc d'une part, le moment de l'*excitation* olfactive ; de l'autre, le moment de la *perception* olfactive. L'intervalle entre ces deux moments, mesuré à l'aide d'un diapason inscripteur de 100 vibrations doubles par seconde, donne la durée du temps de réaction de la sensation.

Naturellement, toutes les précautions qu'on prend habituellement dans ces sortes d'expériences étaient prises, de façon à éviter autant que possible toutes les causes d'erreur.

Les substances suivantes ont été expérimentées :

Essence de menthe. — Sulfure ammonique. — Acide acé-

(1) Quand j'ai commencé mes recherches, et jusqu'à ces derniers jours, je croyais être le premier à expérimenter sur ce sujet, lorsque j'ai reçu du docteur Buccola, de Turin, bien connu de tous ceux qui s'occupent de psychologie physiologique, une brochure sur le même sujet. Dans cette brochure, extraite de l'*Archivio italiano per le malatie nervose*, fasc. VI, 1882, et dont aucune analyse n'a été faite, à ma connaissance, dans les journaux français et étrangers, l'auteur donne un résumé des recherches qu'il a faites sur cette question. D'après cette brochure, les recherches de M. Buccola sont évidemment antérieures aux miennes de quelques semaines. Nous arrivons du reste tous les deux à peu près aux mêmes résultats, quoique notre disposition instrumentale diffère, et que nous ayons employé des substances différentes.

tique. — Chloroforme. — Sulfure de carbone. — Acide phénique. — Camphre. — Valériane. — Asa fœtida. — Musc. — Ammoniaque.

On voit que parmi ces substances, il s'en trouve qui agissent uniquement sur l'odorat, comme le musc; d'autres qui, comme l'ammoniaque, agissent exclusivement (au moins c'est très probable) sur les nerfs tactiles, enfin d'autres qui agissent à la fois sur les nerfs du tact et sur les nerfs olfactifs, l'acide acétique par exemple.

On voit aussi que le nombre de ces substances est restreint C'est qu'avec les substances odorantes, les expériences ne peuvent être répétées qu'un très petit nombre de fois. Quand on a senti une seule fois une substance, de la valériane par exemple, il faut attendre un temps très long pour recommencer l'expérience avec cette substance, car la seconde fois on ne perçoit plus d'une façon nette le moment précis de la sensation olfactive. La sensibilité olfactive s'émousse avec une extrême facilité, ce qui apporte une très grande gène et une grande lenteur dans les expériences de ce genre.

Sans entrer ici dans des détails que je réserve pour un mémoire plus étendu, je me contenterai de donner les résultats principaux de mes expériences.

Le tableau suivant contient les chiffres que j'ai obtenus sur moi-même (âge : 52 ans) pour les diverses substances expérimentées. Ces chiffres indiquent, en centièmes de seconde, la *durée du temps de réaction* pour chacune des substances. Je les dispose en allant du temps de réaction le plus faible au temps de réaction le plus prolongé.

	Durée du temps de réaction (en centièmes de seconde)
Ammoniaque	37
Acide acétique	46
Camphre	50
Asa fœtida	52
Sulfure ammonique	54
Chloroforme	56
Sulfure de carbone	59
Valériane	60
Menthe	63
Acide phénique	67

Il me paraît inutile de donner une moyenne de ces divers chiffres ; car j'ai été amené par mes expériences à cette conviction que ces diverses substances ont un mode d'action différent sur les terminaisons nerveuses ; mais ce n'est pas ici le lieu de développer cette idée, sur laquelle j'aurai occasion de revenir plus tard. Le lecteur peut, du reste, d'après ces chiffres, établir lui-même cette moyenne générale.

En comparant ce tableau à celui que j'ai donné plus haut des substances expérimentées, on remarque qu'il manque ici une substance, le musc. Pour cette substance, en effet, malgré des tentatives réitérées, mes expériences sont toujours restées sans résultat. Je n'ai jamais pu, même en augmentant notablement l'intensité du courant d'air et malgré toute l'attention dont j'étais susceptible, arriver à préciser le moment où la sensation olfactive était perçue. La sensation était toujours vague et indéterminée dans le temps, quelle que fût du reste l'intensité même de la sensation. Pour les autres substances, au contraire, il m'a toujours été possible de préciser le moment où cette sensation se produisait. Mais on ne peut pas le faire pour toutes avec la même netteté.

Quant à l'exception que j'ai rencontrée pour le musc, il est bien difficile d'admettre qu'elle tienne uniquement à une idiosyncrasie individuelle. Il est très probable, au contraire, que le musc partage cette propriété avec d'autres substances et constitue avec elles un groupe à part qui représenterait les substances odorantes pures par excellence. Il faudrait donc, dans ce cas, et mes expériences tendraient à me le faire admettre, il faudrait dans les substances confondues jusqu'ici sous le nom d'*odeurs*, distinguer les *odeurs pures* comme le musc et des *odeurs mixtes*, dans lesquelles à l'élément odeur se joindrait un élément différent. Il se passerait donc pour l'odorat ce qu'on observe pour la peau dans laquelle se localisent deux groupes de sensations de nature bien différente, des sensations tactiles et des sensations de température. Les recherches récentes sur l'histologie de la muqueuse olfactive et des terminaisons nerveuses dans cette muqueuse apporteraient peut-être aussi des arguments en faveur de l'existence de deux catégories d'odeurs. Je ne fais qu'indiquer ici cette question, que je me réserve de développer par la suite.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 janvier 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — CALCIFICATION DES REINS, PARALLÈLE A LA DÉCALCIFICATION DES OS, DANS L'INTOXICATION SUBAIGUË PAR LE SUBLIMÉ CORROSIF. AUGMENTATION DE LA PROPORTION DES PARTIES MINÉRALES D'UN TIBIA, CONSÉCUTIVE A LA DÉSARTICULATION DE L'AUTRE TIBIA. — Note de MM. L. PREVOST et G. FRUTIGER (de Genève).

Cette Note est le résumé de nombreuses expériences, faites sur les mammifères (lapins, cochons d'Inde, rats, chats, chiens), dans le but d'étudier l'action du sublimé corrosif, administré surtout par voie hypodermique, sous forme de solution aqueuse, ou sous forme de peptonate de mercure à 1 p. 100.

J'ai constaté, comme l'avait fait Saikowsky (*Archives de Virchow*, XXXVII) que l'intoxication par le sublimé produit des dépôts plus ou moins abondants de sels calcaires dans la substance corticale du rein. Cette calcification, qui pourrait au premier abord être confondue avec une stéatose, débute par les tubuli droits de la substance corticale, et peut envahir les *tubuli contorti*, tout en ménageant la substance médullaire. Elle est souvent assez intense pour que des reins desséchés prennent l'aspect de reins pétrifiés.

Cette calcification, plus accusée chez les rongeurs, peut aussi s'observer chez le chat, et même, quoique plus difficilement, chez le chien. Ce n'est ni à une stéatose, ni à un processus différent que l'on a affaire chez les rongeurs, comme Saikowsky l'avait admis pour le chien. Si l'altération est moindre chez ces animaux, elle est du moins de même nature que chez les rongeurs.

L'injection des doses massives de sublimé, amenant la mort en trois ou quatre jours (lapin, 0,03 Og Cl2 ; cochon d'Inde, 0,003 à 0,004 Hg Cl2 ; rat, 0,001 à 0,002 Hg Cl2), tout en étant insuffisantes pour tuer l'animal en vingt-quatre heures, produisent la calcification plus facilement que des injections successives de faibles doses de sublimé.

J'ai pu constater que, parallèlement à la calcification des reins, il se produit une décalcification des os, qui, dans deux cas, fut assez accusée chez le lapin pour rendre les épiphyses des os longs mobiles sur les diaphyses.

Pour évaluer la valeur de la perte en calcaire que subissent

les os, chez les animaux intoxiqués, j'ai fait avec M. Frutiger, chimiste, assistant à l'Université de Genève, de nombreuses recherches comparatives sur des séries de lapins et de cochons d'Inde de même poids, dont un était gardé comme témoin et les autres empoisonnés par le sublimé. Le tibia fut toujours choisi pour apprécier par l'analyse la valeur pour 100 des parties minérales des os.

Ces expériences nous ont fait constater, chez les animaux intoxiqués, une diminution des parties minérales du tibia, atteignant habituellement — 2 p. 100 à — 4 p. 100 et pouvant atteindre — 9 p. 100 à - 10 p. 100. La proportion de la diminution des parties minérales du tibia fut en relation parallèle avec le degré de l'altération des reins.

Dans le but d'obtenir des résultats encore plus exacts, nous avons désarticulé une jambe, afin de prendre le tibia désarticulé comme témoin de la déperdition de calcaire que présenterait l'autre tibia du même animal intoxiqué par le mercure, après sa guérison de l'amputation. Nous avons alors constaté que la désarticulation d'un tibia produit, dans l'autre tibia, une augmentation progressive de la proportion des cendres rapportées à 100, qui s'est élevée jusqu'à + 2 p. 100 et + 3 p. 100.

Cette particularité est une cause d'erreur dont il faut tenir compte dans l'appréciation de la déperdition des matières minérales, causée par l'intoxication mercurielle. Il suffit, en effet, que l'augmentation de calcaire du tibia resté en place ait dépassé la diminution qu'y amènera l'intoxication hydrargyrique, pour que la perte en calcaire produite par le calcaire soit dissimulée, et pour que l'on puisse même constater une augmentation au lieu d'une diminution des parties minérales rapportées à 100, pour le tibia intoxiqué, comparé au tibia désarticulé au début de l'expérience.

La diminution des parties minérales des os ne peut pas être attribuée à un phénomène de dénutrition générale ; car, chez un lapin inanitié, jusqu'à ce qu'il ait perdu 800 gr. de son poids, tandis que des lapins de la même série perdaient 300 gr. à la suite de l'intoxication, nous avons trouvé une augmentation de + 6,5 p. 100 des parties minérales du tibia, tandis que les lapins intoxiqués dans la même série offraient une diminution de — 4,4 p. 100 et — 7,2 p. 100 de ces mêmes parties.

C'est, selon nous, à la décalcification des os qu'il faut rapporter l'accumulation des sels calcaires dans les reins, par voie d'élimination.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 février 1883.—Présidence de M. Hardy

La correspondance non officielle comprend :

1o Une lettre de M. le docteur Cadet de Gassicourt, qui se porte comme candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale;

2o Une lettre de M. le docteur Paul Hélot, chirurgien en chef des hôpitaux de Rouen, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, dont le dépôt est accepté.

— M. Dujardin-Beaumetz présente le compte rendu annuel des travaux de la Société médicale des hôpitaux pendant l'année 1882, par M. Desnos, secrétaire général.

M. Jules Guérin présente un travail manuscrit de M. le docteur Char'es Brun, sur le traitement du prolapsus utérin par le badigeonnage du col de l'utérus à l'aide d'un pinceau imbibé d'une solution de tannin dans l'alcool.

M. Chereau prie l'Académie d'accepter, de la part de MM. François Trossat et Eraud, une brochure intitulée : *Recherches sur le rôle étiologique de l'ankylostome duodénal dans l'anémie des mineurs de Saint-Etienne.*

— M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la nouvelle de la mort de M. Charles Sédillot.

Sur son invitation, M. Larrey donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de son collègue.

— M. le docteur Paquet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille, lit un travail intitulé : *Plaie du coude par arrachement, septicémie aiguë à forme gangréneuse, désarticulation de l'épaule, guérison.*

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Léon Colin, à propos du procès-verbal, et pour rendre, dit-il, justice à M. Glénard, donne lecture de la lettre adressée par ce médecin à l'Académie. Après avoir lu cette lettre, M. Colin ajoute que ce qui avait été contesté, dans son rapport, ce ne sont pas les chiffres donnés par M. Glénard : ces chiffres sont officiels, certainement exacts. M. Colin les a admis et les admet encore. Mais, s'il est permis d'en déduire, comme il l'a fait dans les publications antérieures à son rapport, la proportion croissante ou décroissante de la mortalité relative au nombre des soldats sous les drapeaux; si, dans le chiffre élevé des décès causés par la fièvre typhoïde dans l'armée française, on peut voir un effet direct de la nouvelle organisation de cette armée et du grand nombre de sujets très jeunes qui en font partie, il n'est pas possible d'y chercher des arguments sérieux pour ou contre un traitement quelconque.

Comment, par exemple, se servir, à ce point de vue, des statistiques où, dans un même hôpital notamment, la fièvre typhoïde figurera pour *12 morts* et seulement pour *10 entrées!!* On avait oublié d'en rectifier le diagnostic sur la feuille d'entrée au moment de la mort. Il est donc tout à fait indispensable de tenir compte des causes d'erreur de ce genre.

M. Léon Colin reconnaît qu'il est utile de consacrer une colonne spéciale au pronostic, c'est-à-dire au rapport réel des chiffres de mortalité avec les chiffres d'invasion. Il promet, pour sa part, de faire désormais aussi exactement que possible, quand il étudiera de nouveau la mortalité des soldats due à cette cause.

Mais ce ne sera pas, dit-il, chose facile, et on ne pourra utiliser, dans ce but, avec avantage, que des tableaux dressés avec soin, particulièrement dans les grands hôpitaux militaires où l'on ne néglige pas ces questions de diagnostic, comme on est trop souvent obligé de le faire dans les petits hôpitaux civils ouverts aux soldats.

C'est, déjà, du reste, en écartant les chiffres fournis par ces derniers, que M. Léon Colin en était arrivé à fixer la mortalité moyenne par fièvre typhoïde à 21 pour 100 environ, pour toute l'armée française, y compris les hôpitaux militaires de l'Algérie et des villes du Midi où cette mortalité est bien plus élevée que dans le reste de la France.

Mais si l'on s'en tenait aux hôpitaux de Paris, il faudrait encore considérablement abaisser le chiffre.

Du reste, M. Colin est complètement d'accord avec M. Jules Guérin sur l'existence des formes ébauchées et fort mal-accusées de fièvres typhoïdes, qui sont bien certainement des fièvres typhoïdes se rattachant aux mêmes causes que les plus complètes de celles-ci.

Si l'on ne tient pas compte de cette cause d'erreur, on arrive à des chiffres formidables qui donnent beau jeu à tous ceux qui préconisent un traitement quel qu'il soit. Mieux vaut donc éviter ces exagérations dans l'intérêt même de la méthode de Brand, dont M. Colin n'est pas l'adversaire, tant s'en faut, car il l'a employée lui-même au Val-de-Grâce et en a obtenu de très bons résultats.

— M. Jaccoud déclare que, depuis seize ans, il soumet les typhoïdiques à un traitement dont il vient exposer à l'Académie les raisons, les moyens et les résultats.

Les raisons de ce traitement uniforme, il les puisa dans deux caractères de la fièvre typhoïde, caractères constants et indépen-

dants de l'individualité des malades : 1o l'adynamie, 2o la calorification anormale.

De ces caractères résultent deux indications thérapeutiques ; 1o épargner et soutenir, dès le début, les forces des malades ; 2o soustraire une portion de la chaleur produite et restreindre la production de cette chaleur.

Ces indications, M. Jaccoud les remplit dès qu'il est certain du diagnostic, sans attendre, en se croisant les bras, que se produisent les accidents auxquels il veut remédier.

Il obéit à ces indications fondamentales par un traitement non seulement uniforme, mais encore institué d'emblée, dès que le diagnostic est assuré.

Ce traitement comprend deux parties, l'une constante, qui est d'abord l'alimentation avec du bouillon, du vin et surtout du lait. M. Jaccoud fait prendre le lait dans la proportion de un à deux litres par jour. Indépendamment de ses propriétés alimentaires, ce liquide a pour effet d'augmenter la diurèse et de prévenir ainsi les accidents spéciaux résultant de la rétention de l'urine.

Outre l'alimentation, le traitement constant comprend en deuxième lieu la médication par l'alcool, qui est donné à la dose de 30 à 80 grammes par jour, dans une potion à prendre par cuillerées.

A cette potion alcoolique, M. Jaccoud ajoute 3 ou 4 grammes d'extrait de quinquina, et cet ensemble est maintenu invariablement pendant toute la durée de la fièvre.

Il compte ainsi satisfaire à l'indication première tirée de l'adynamie, et aussi à celle tirée du processus fébrile.

Mais M. Jaccoud n'a garde de s'en tenir là. Dès le début, il s'efforce de remplir aussi l'indication tirée de la température anormale, en prescrivant des lotions froides à l'eau vinaigrée ou mieux au vinaigre aromatique, au nombre de quatre, six, huit et même dix par jour, suivant le degré de la température accusée au thermomètre.

L'effet de ces lotions est constant. Il en résulte une réfrigération temporaire, une rémission artificielle, il est vrai, mais qui exerce également son action sur le processus calorigène lui-même, si bien qu'au bout de deux ou trois jours les indications de la courbe thermique démontrent qu'il s'est produit, non seulement une action antithermique, mais encore une action antifébrile. Une portion de la chaleur produite est soustraite et, en même temps, la production de cette chaleur est restreinte.

Voilà pour le traitement constant. A ce traitement, M. Jaccoud joint un traitement éventuel. Quand il reconnaît que le cas est grave, à la continuité de la fièvre, au défaut d'amplitude des rémissions matinales qui ne dépassent pas ou n'atteignent même pas 1 degré, à une série ininterrompue de températures vespérales dépassant 40 degrés, au défaut d'abaissement de la courbe thermique après trois ou quatre jours de lotions froides, à la défaillance du cœur que l'on reconnaît, soit au tracé du sphygmographe, soit à l'examen direct de l'organe lui-même ; lorsque, à ces signes divers, M. Jaccoud se trouve édifié sur le caractère grave de la fièvre, alors il intervient d'une manière plus active et il associe à la médication précédente les médicaments antifébriles, d'après la méthode suivante : 1o obtenir le maximum d'effet antipyrétique avec le minimum possible de dose médicamenteuse. Dans ce but, M. Jaccoud emploie la quinine sous forme de bromhydrate de quinine préférable, suivant lui, au sulfate de quinine, parce qu'il fatigue moins l'estomac. Dans certains cas, il remplace la quinine par l'acide salicylique.

Il procède, dans l'administration du médicament, par séries de deux ou trois jours consécutifs, laissant entre deux séries un intervalle de quarante-huit heures.

Il donne, par exemple : le premier jour, 1 gramme 50 à 2 grammes ; le deuxième jour, 1 gramme à 1 gramme 50 ; puis, il laisse écouler un intervalle de quarante-huit heures, après lequel il recommence une nouvelle série, ainsi de suite.

Quelle que soit la dose du médicament, la totalité de la dose doit être administrée en trente minutes. On la donne, le matin, de dix heures à dix heures et demie ; le soir, de neuf heures et demie à dix heures, en se décidant d'après l'examen de la courbe thermique. Dans les cas exceptionnels, M. Jaccoud cherche à agir exclusivement, sur la chaleur du matin, jusqu'à ce que la fièvre ait repris son allure normale.

Il a vu constamment, sous l'influence de cette médication, du matin au soir, ou du soir au matin, une chute de la température de 1 à 2 degrés. Après une ou deux séries médicamenteuses, on voit la courbe thermique évoluer définitivement au-dessous de son niveau primitif, suivant, du reste, la durée de la fièvre.

Quant à la raison du choix à faire entre la quinine et l'acide salicylique, M. Jaccoud en donne la suivante :

Les deux médicaments ayant une action antithermique suffisamment égale, l'acide de salicylique a pour effet spécial de remédier aux accidents résultant de la rétention excrémentitielle de l'urine ; il favorise l'élimination des produits azotés de ce liquide.

En outre, l'acide salicylique a des propriétés antiseptiques particulièrement puissantes et appropriées à la maladie qu'il s'agit de traiter.

M. Jaccoud le préfère à la quinine toutes les fois que les conditions de la maladie le lui permettent, et que ce choix n'est pas entravé par des contre-indications telles que l'alcoolisme, des accidents cérébraux violents, la faiblesse du cœur, des déterminations rénales, l'intensité des symptômes thoraciques.

Quant à la troisième indication tirée des congestions pulmonaires hypostatiques, elle est remplie par l'application de 40 ou 60 ventouses sèches sur les membres inférieurs et à la base de la poitrine.

Maintenant, si l'on considère les *résultats* fournis par cette médication uniformément variée, M. Jaccoud déclare que, pendant une période de 16 ans, il a traité ainsi un nombre de 655 malades sur lequel il a eu 71 décès, soit une mortalité de 10,83 p. 100.

Ce résultat est-il bon ? se demande l'orateur. Pour en juger, dit-il, il faudrait connaître le chiffre qui exprime la mortalité naturelle de la fièvre typhoïde abandonnée, pour ainsi dire, à elle-même. Pour le déterminer approximativement, il faut éviter les nombreuses causes d'erreur qui tiennent à la formation de statistiques restreintes et provenant d'épidémies isolées. Il faut pouvoir agir sur des nombres considérables. On peut arriver à une appréciation suffisamment exacte si l'on opère sur des chiffres très élevés, si l'on néglige les séries dans lesquelles la maladie a été soumise à un traitement énergique capable d'en modifier la nature et la terminaison, si, enfin, on utilise les séries provenant des pays et des climats divers.

En tenant compte de toutes ces conditions, M. Jaccoud est parvenu à réunir un total de 80,140 cas donnant une mortalité de 19,23 p. 100.

Telle serait, d'après lui, la mortalité naturelle de la fièvre typhoïde abandonnée, en quelque sorte, à elle-même, c'est-à-dire en laissant de côté les relevés concernant les cas traités par les médications énergiques, telles que les réfrigérants et les antipyrétiques, et ne considérant que les cas soumis aux médications simplement évacuantes, symptomatiques, expectantes ou indifférentes dans les diverses contrées du globe. D'après les calculs et les recherches concordantes de M. Jaccoud, on peut prendre le chiffre de 19 p. 100 comme exprimant la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde abandonnée aux seuls efforts de la nature.

Le traitement de M. Jaccoud, donnant une mortalité de 10,83 p. 100, offre donc un bon résultat qui en garantit l'efficacité.

L'orateur ne croirait pas avoir accompli toute sa tâche s'il ne joignait sa protestation à celles qui se sont déjà élevées contre les excès thérapeutiques dont la fièvre typhoïde a été le point de départ et l'occasion dans la période troublée que nous traversons.

Cette période comprend déjà deux phases distinctes : l'excès a commencé avec cette idée fausse que la fièvre est toute la maladie et que, par conséquent, la seule et unique préoccupation du méde-

cin doit être de travailler sans relâche à réduire au minimum la température fébrile. C'est la phase antipyrétique pure.

L'erreur a consisté, dans la pratique, dans l'élévation exagérée des doses des médicaments réputés antifébriles et, en particulier, de la quinine.

L'idée des médecins a été de faire évoluer la fièvre typhoïde sans fièvre « le typhus sans fièvre », suivant l'expression d'un médecin allemand. Les choses ont été poussées à ce point d'exagération que Liebermeister, qui donne fréquemment d'emblée jusqu'à trois grammes de sulfate de quinine, a été amené à signaler le grave danger des doses plus élevées de quinine et à blâmer la conduite de ceux de ses confrères qui n'ont pas hésité à donner jusqu'à [illegible] ou cinq grammes de sulfate de quinine dans les vingt quatre heures.

Le mal s'est encore aggravé lorsqu'on s'est imaginé d'appliquer à la pathologie et à la thérapeutique les doctrines parasitaires. Ça été alors un véritable déchaînement d'excès thérapeutiques. On ne s'est plus contenté d'accroître les doses des médicaments antipyrétiques : avant tout et surtout, il fallait pourchasser et tuer le microbe, cause de tout le mal, à coups de quinine combinée avec l'acide phénique ou salicylique, etc.

Or, que l'on songe à l'action que ces médicaments exercent sur le cerveau, le cœur, les poumons, et l'on comprendra le danger de semblables associations dans lesquelles chacun de ces remèdes était porté à des doses élevées.

Nous avons vu se reproduire, sous l'influence du système parasitaire, les mêmes fâcheux errements des temps de Rasori et de Broussais ; on tuait alors les malades au nom du stimulus et de l'irritation ; on les tue, aujourd'hui, au nom du microbe.

Il suffit, cependant, pour se préserver de pareils excès, de laisser chaque question sur son véritable terrain. Quel que soit le rôle que joue le microbe dans la genèse de la maladie, il faut avant tout songer au malade et voir dans quelle mesure il peut supporter notre intervention ; la tolérance du malade doit être l'unique mesure de l'intervention thérapeutique. Qu'importe que la fièvre typhoïde soit produite par un microbe, si, pour tuer ce microbe, vous êtes amenés à donner au malade des doses de médicaments qui soient au-dessus de ses forces! Restons donc médecins et sachons élever une barrière infranchissable contre les entreprises meurtrières de l'esprit de système ! (Applaudissements.)

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 janvier 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. le docteur Gayet (de Lyon), offre à la Société une collection de photographies de pièces relatives à la pathologie oculaire, recueillies à la clinique de Lyon.

M. le président annonce à la Société la mort de M. Sédillot, membre correspondant, qui faisait partie de la Société depuis trente ans.

Taille hypogastrique. — Communication de M. Monod. — L'auteur rappelle que ce sujet a déjà été l'an dernier l'occasion d'un rapport ; en effet, depuis quelque temps et grâce aux études du professeur Guyon, cette opération, qui était abandonnée, a repris droit de cité dans la chirurgie des voies urinaires. Dernièrement encore, une intéressante thèse de M. le docteur Broussin et un mémoire de M. Reclus, sont venus plaider en sa faveur. Les observations récentes sont cependant encore peu nombreuses et M. Monod, qui l'a pratiquée trois fois dans ces derniers mois, vient donner à la Société un résumé de ces trois cas. Dans son manuel opératoire, il a suivi les préceptes formulés par MM. Guyon et Périer. Il a employé le ballonnement rectal, et le drainage de la vessie, mais il a renoncé à la suture des parois de cette cavité. Sur ses trois opérés, il y a eu un cas de mort, dû à une lésion viscérale antérieure.

Voici le résumé de ces trois observations :

1° Homme de 56 ans, qui a subi la lithotritie à l'âge de 17 ans ; depuis et pendant une période de trente-neuf années, il n'y a pas eu de symptômes de calcul. Mais, depuis quelque temps, il existe des signes évidents et l'exploration fait constater la présence d'un calcul volumineux. Taille hypogastrique ; l'extraction du calcul est très laborieuse, celui-ci était enclavé dans une loge dont l'ouverture très étroite doit être dilatée avec l'extrémité du doigt. La pierre ne put être enlevée qu'à plusieurs reprises, et il restait encore sur les parois de la vessie une boue calcaire qui ne put être enlevée qu'au moyen d'abondants lavages avec l'acide borique. La guérison fut parfaite, mais elle ne fut définitive qu'au bout de deux mois.

2° Homme de 61 ans, porteur d'une pierre de moyen volume; un rétrécissement de l'urèthre fait que le malade supporte mal les instruments ; on se décide à la taille hypogastrique ; l'opération marcha bien et parfaitement. Mais le malade s'affaiblit de plus en plus sans que rien du côté de la plaie explique les accidents, et il succombe le cinquième jour. A l'autopsie, on trouva les lésions de la néphrite interstitielle, mais du côté de la plaie tout était normal.

3° Homme de 28 ans, ayant des symptômes de calcul depuis son enfance ; on constate dans la vessie la présence d'une pierre d'une dureté extrême, qui nécessite la taille, et l'on choisit la taille hypogastrique. Pendant le cours de l'opération, il se produisit un accident grave. Alors que l'on faisait la distension de la vessie avec de l'eau tiède et de l'acide borique, celle-ci, qui avait déjà fait saillie au-dessus du pubis, s'affaissa tout à coup sans que le liquide injecté fût ressorti par la sonde. L'on pensa de suite qu'il y avait eu une rupture de la vessie, et M. Monod, après avoir introduit le ballon rectal, se décida à continuer l'opération. Après avoir incisé la paroi abdominale, il décolla et refoula en haut le péritoine, puis incisa la vessie et fit l'extraction du calcul sans difficulté. Le chirurgien put constater que la rupture de la vessie devait s'être faite en dehors du péritoine ; en effet, le cul-de-sac de la séreuse était vide. Malgré cet accident, le malade guérit parfaitement ; la guérison, il est vrai, fut retardée par des accès de fièvre et ne fut complète qu'au bout de trois mois.

M. Monod pense que la rupture de la vessie a dû être extrapéritonéale et qu'elle a dû se borner à une simple fissure. Il conclut de ce fait que certains sujets supportant mal le distension de la vessie, il sera prudent de ne pas injecter plus de 300 à 350 grammes de liquide. Ce cas a montré, en outre, combien il est facile d'éviter la blessure du péritoine ; il suffit d'aller avec précaution et de relever la séreuse vers la partie supérieure de la plaie.

M. Périer a opéré dernièrement deux malades par la taille hypogastrique ; l'un des malades avait 59 ans et l'autre 67 ans ; dans les deux cas, l'opération a été simple et la guérison a été complète et rapide.

M. Verneuil a fait avec M. Anger une taille hypogastrique qui a été suivie d'un succès complet, malgré quelques difficultés. Il s'agissait d'un homme de 60 ans, qui était porteur d'une hernie inguinale double, circonstance qui, d'après la thèse de M. Broussin, occasionnerait un abaissement du cul-de-sac péritonéal et faciliterait la blessure de la séreuse. Néanmoins, chez ce malade, il fut très facile d'arriver à la vessie sans intéresser le péritoine. De plus, le sujet avait une sensibilité très grande de la vessie et prenait des accès de fièvre à la moindre exploration. Mais il avait, en outre, une grosse prostate, ce qui est, pour M. Verneuil, une contre-indication à la taille périnéale, à cause des hémorrhagies abondantes qui surviennent pendant l'opération. De plus, chez ces malades à grosse prostate on est souvent exposé à voir survenir des prostatites suppurées qui peuvent emporter l'opéré. Néanmoins, le malade de M. Verneuil subit la taille hypogastrique avec un succès complet.

M. Anger a fait trois fois la taille sus-pubienne et dans les trois cas il s'est servi du thermo-cautère ; en outre, il n'emploie pas le

ballon rectal, il se sert d'un catheter vésical, qui lui sert de conducteur pour inciser la vessie. Cet instrument a l'avantage d'éviter la rupture de la vessie par une distension exagérée.

En somme, M. Anger considère la taille hypogastrique comme une bonne opération et qui est toujours indiquée chez les sujets qui ont une grosse prostate; l'hypertrophie prostatique est en effet une contre-indication absolue à la taille périnéale, à cause des hémorrhagies qu'elle entraine.

M. Tillaux a fait des expériences cadavériques au sujet des ruptures de la vessie, et il a toujours vu celle-ci se rompre sur les parties latérales et en dehors du péritoine.

M. Verneuil fait remarquer que chez les sujets qui ont la vessie malade, il suffit souvent d'un faible effort pour déterminer la rupture de cet organe. Un malade, auquel il avait injecté à peine 125 grammes de liquide, eut tous les symptômes d'une rupture vésicale et succomba à la péritonite ou à la pelvicellulite.

M. Monod. — Je n'ai pas employé le catheter vésical comme M. Anger, mais je crois que le ballon rectal rend de grands services; il pousse la vessie en avant, et il évite ainsi de pénétrer dans le cul-de-sac rétro-pubien, dont la suppuration est toujours à redouter.

M. Sée reconnait tous les avantages de la taille hypogastrique chez l'adulte; mais il ne pense pas que chez les enfants il faille abandonner la taille périnéale, qui donne d'excellents résultats.

— Réduction des luxations irréductibles de la hanche par la méthode sanglante. — Communication de M. Polaillon.

Dans deux cas de luxation ancienne et irréductible de la hanche, un chirurgien anglais et un chirurgien allemand ont tenté de faire la réduction après avoir incisé la capsule articulaire; malgré cela, ils n'ont pu y arriver et ils ont été obligés de réséquer la tête du fémur. Dans les deux cas, les malades ont guéri et ont recouvré l'usage de leur membre. M. Polaillon a eu dernièrement l'occasion de faire cette opération chez un malade auquel on n'avait pu parvenir à réduire une luxation de la hanche, malgré de nombreuses tentatives. Plus heureux que les chirurgiens étrangers, M. Polaillon, après avoir incisé la capsule articulaire, est parvenu à réduire la luxation. Malheureusement, le malade, qui était alcoolique, est mort de gangrène gazeuse le quatrième jour de l'opération.

D'après ce qu'il a observé, M. Polaillon croit que la cause de l'irréductibilité réside surtout dans le ligament de Bertin, lorsque celui-ci reste intact. De plus, il pense que le meilleur procédé pour arriver sur l'articulation est de faire une incision de 10 à 12 centimètres, commençant au niveau de l'épine iliaque antérieure et inférieure et se prolongeant en bas, suivant l'axe de la cuisse. On arrive ainsi directement sur la capsule articulaire.

M. Tillaux, qui a vu un certain nombre de luxations de la hanche, est toujours arrivé à les réduire, sans avoir recours à la méthode sanglante. Il suffit pour cela d'opérer une certaine traction sur la cuisse afin de dégager la tête du fémur du sourcil cotyloïdien.

M. Anger a réduit une luxation de la hanche, datant de sept semaines, au moyen de la bande de caoutchouc et du chloroforme.

Dr Henri Bastard.

FORMULAIRE

Nouveau remède contre les verrues.
(*Philadelphia medicinal News*)

Le docteur Hyde, de Philadelphie, indique comme un remède d'une efficacité constante contre les verrues la préparation suivante :

Rec. Extrait de chanvre indien	0 gr. 6
Acide salicylique	1 gr. 2
Collodion	32 grammes.

M. s. a.

Badigeonner chaque jour les excroissances avec ce mélange.

E. R.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Du vaccin de génisse, étude comparative du vaccin animal et du vaccin humain surtout au point de vue préservatif, par le Dr Ciando, vaccinateur de la ville de Nice, in-8 de 168 pages, Paris 1882. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

Dans un mémoire honoré en 1879 par l'Académie de médecine d'une médaille d'or, M. le docteur Ciando a cherché à démontrer que les avantages du vaccin animal sur le vaccin humain sont nombreux et sérieux. La transmission du cow-pox par inoculations successives de génisse à génisse se fait, nous dit l'auteur, sans difficulté aucune, et la marche de l'éruption sur les animaux est plus rapide que la marche de la pustule sur l'espèce humaine. Avec le vaccin animal on a un nombre au moins égal de succès qu'avec le vaccin humain pour les vaccinations, et un nombre sensiblement supérieur pour les revaccinations. La réaction locale et générale est plus accentuée que dans la vaccination humaine : la vertu préservatrice est de beaucoup supérieure à celle du vaccin humain, aussi bien sous le rapport du nombre des individus atteints que de celui des individus qui succombent. De plus, toujours d'après M. Ciando, la quantité de cow-pox que fournit le système d'inoculations successives de génisse étant considérable, répond aux exigences du service le plus important. Enfin « le cow-pox est inoffensif et met à l'abri de la syphilis vaccinale qui est le déplorable apanage de l'espèce humaine. »

Dr Paul Fabre (de Commentry).

Contribution a l'étude de l'Orchite traumatique, par le Dr F. Coutan. — Brochure de 103 pages, à Paris, chez A. Delahaye et Lecrosnier.

La critique serait trop facile s'il fallait suivre point par point les divers chapitres de la thèse de M. Couton, et on parviendrait bien vite, par les coupures nécessaires, à la réduire de beaucoup; mais tel n'est pas notre but. Nous tenons davantage à relever la partie originale de cette étude, les expériences faites sur le chien, dans le but de reproduire les lésions du testicule et de l'épididyme, afin de suivre les différentes phases de l'inflammation de ces organes.

L'auteur arrive ainsi aux conclusions suivantes :

La contusion peut provoquer des phénomènes inflammatoires, sans qu'on puisse dire d'une façon précise si l'un des deux organes est plus souvent atteint que l'autre.

L'inflammation qui succède à la contusion est ordinairement aiguë et s'accompagne souvent d'un épanchement de la vaginale, qui masque les phénomènes du côté de l'organe séminal lui-même.

L'inflammation peut finir par résolution sans laisser de traces; mais une terminaison grave et malheureusement fréquente, est l'atrophie du testicule, qui paraît due à la sclérose de l'organe, ainsi que le prouvent les résultats des expériences sur le chien et les quelques autopsies pratiquées sur l'homme.

La suppuration peut survenir et amener la perte complète de la glande.

Enfin, il peut y avoir rupture de l'albuginée, et sortie des tubes séminifères, à la suite d'un choc très violent. Il est facile de produire ces lésions expérimentalement.

La tuberculose peut aussi évoluer dans le testicule à la suite d'une contusion, chez les sujets prédisposés.

Indépendamment des expériences de laboratoire, l'auteur a dressé un tableau qui renferme trente-neuf observations cliniques

recueillies dans les hôpitaux de Paris, et a su en tirer habilement parti.

Cet essai fait honneur à notre jeune confrère, et promet pour l'avenir de nouvelles études et des travaux d'ensemble plus importants.

Dr G. Millot-Carpentier.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — M. le docteur Eugène Lachenal, commandeur de la Légion d'honneur, ancien député au Parlement sarde et gouverneur de la Savoie à l'époque où cette province fut réunie à la France, vient de succomber à Annecy à l'âge de 87 ans.

—Nous apprenons aussi la mort, à Brest, de M. le docteur Chassaniol, médecin en chef de la marine en retraite, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 76 ans.

*
* *

Médecine militaire. — Vu la décision ministérielle du 8 décembre 1871 et sur la proposition du Comité consultatif de l'armée, le ministre de la guerre a pris un arrêté par lequel les noms des médecins et pharmaciens militaires qui ont produit les meilleurs travaux scientifiques manuscrits, pendant le cours de l'année 1882, seront insérés, comme un témoignage de satisfaction dans le *Journal officiel*.

Ce sont MM.

Rizet et Weber, médecins principaux de première classe ;

Jacob, Paoli et Tarneau, médecins principaux de deuxième classe ;

Bouillard, pharmacien principal de deuxième classe ;

Annequin, Beltz, Bernard, Buignet, Delmas, Derazey, Dorez, Geschwind, Longet, Maratray, Pineau, Rouflay, Scoutetten, Siffiet, Soulbieu, Tachard et Van Merris, médecins-majors de première classe ;

Amat, Boucher, Calmette, Chavasse, Douhre, Dubujadoux, Eude, Forgues, Fournié, Morer, Moty, Poché et Tihal, médecins-majors de deuxième classe ;

Amat, Bouvier et Pommay, médecins aide-majors de première classe ;

Huble, médecin aide major de deuxième classe.

*
* *

Ecole du Val-de-Grace. — Un concours s'ouvrira le 1er juin 1883, à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour quatre emplois de professeur agrégé. Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées, savoir : Clinique chirurgicale, clinique médicale, hygiène et médecine légale militaires, maladies et épidémies des armées.

Conformément à la décision ministérielle du 4 février 1881, les médecins-majors de première et de deuxième classe seront seuls admis à prendre part au concours. Ceux qui désireront concourir devront adresser au ministre une demande revêtue de l'avis motivé de leurs chefs. Elle indiquera, en outre, la spécialité choisie par le candidat et devra être transmise par voie hiérarchique avant le 1er mars 1883.

*
* *

Association générale des médecins de France. — La séance annuelle de la Société centrale aura lieu le dimanche 11 février prochain, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, numéro 3, sous la présidence de M. Gosselin.

*
* *

M. le professeur Parrot commencera le dimanche 24 février, à l'hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, une série de leçons sur l'allaitement des nouveau-nés. La leçon commencera à dix heures, et elle aura lieu les dimanches suivants à la même heure.

*
* *

Erratum. — Dans notre numéro du 13 janvier 1883, on lit : M. Duriez qui a préparé et expérimenté la quinoïdine. Il faut lire : qui a préparé la quinoïdine expérimentée.

*
* *

Laboratoire municipal de la ville de Lyon. — Un concours pour la place de directeur de cet observatoire s'ouvrira à la Faculté de médecine de Lyon le mardi 17 juillet 1883. Les candidats devront se faire inscrire à l'Hôtel-de-Ville de Lyon avant le 1er juillet. Ils auront à justifier d'être Français ou naturalisés Français et d'être âgés de 25 ans. Le traitement du directeur est fixé à 5,000 fr.

*
* *

Statistique. — Secours publics aux malades et blessés; transports par brancards (1) effectués à Paris du 13 septembre au 31 décembre 1882 :

Chutes, fractures	97
Plaies, contusions	29
Brûlures	3
Pleuro-pneumonie	7
Bronchite	1
Troubles gastro-intestinaux	3
Hémorrhagies	10
Accouchements, suite de couches	22
Fièvres intermittentes	13
Fièvre typhoïde	13
Epilepsie	3
Alcoolisme	6
Paralysie	3
Rhumatismes	12
Anémie	2
Hernies	2
Suicides par armes	11
Strangulation	1
Mort subite	19
Total	257

Ce chiffre de 257 se répartit comme sexe en 173 hommes et 84 femmes.

*
* *

Les journaux de Paris en 1883. — D'après l'Annuaire des journaux de Paris, publié chez Brunox, 1291 feuilles quotidiennes, hebdomadaires, etc., paraissent actuellement à Paris, dont 59 journaux religieux, 110 de jurisprudence, 240 d'économie politique, commerce et finances, 22 de géographie et d'histoire, 128 de lecture récréative, 38 d'instruction, 62 de littérature, philologie et bibliographie, 11 de beaux-arts, 3 de photographie, 9 d'architecture, 3 d'archéologie, 15 de musique et 29 de théâtre, 73 de modes (dont 3 de coiffure), 138 de technologie (industries diverses), 92 de médecine et pharmacie, 51 de sciences, 24 d'art militaire et marine, 28 de sciences agricoles, 18 de sciences hippiques et 23 divers. Le nombre des journaux politiques quotidiens est de 6?; celui des journaux financiers, industriels et d'enseignement a considérablement augmenté, alors que celui des autres journaux restait stationnaire.

(1) Les brancards, déposés à Paris dans les commissariats de police, les postes de police, les casernes, etc., sont au nombre de 243.

AVIS

Les titre et table des matières de l'année 1882 seront envoyés à MM. les abonnés avec un des prochains numéros.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1882-83

71. M. Métaxas. Des troubles oculaires dans la grossesse et l'accouchement. — 72. M. Jannin. Contribution à l'étude du traitement des affections chirurgicales. — 73. M. Sadrain. De l'orchite dans la fièvre typhoïde. — 74. M. Mathieu. Purpuras hémorrhagiques. (Essai de nosographie générale.) — 75. M. Janin. De la dilatation immédiate progressive. — 76. M. Jousset. Essai sur les hématocèles utérines intra-péritionales. — 77. M. Madet. Fréquence du pouls et élévation thermique dans la fièvre typhoïde. — 78. M. Maleit. De la manie chronique à forme rémittente.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 26 JANVIER AU JEUDI 1er FÉVRIER 1883

Fièvre typhoïde 45. — Variole 15. — Rougeole 17. — Scarlatine 3. — Coqueluche 8. — Diphtérie, croup 38. — Dysenterie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 0. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 52. — Phthisie pulmonaire 239. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 52. — Malformation et débilité des âges extrêmes 62. — Bronchite aiguë 33. — Pneumonie 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 53, — au sein et mixte 18. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 111. — de l'appareil circulatoire 67. — de l'appareil respiratoire 104. — de l'appareil digestif 50. — de l'appareil génito-urinaire 20. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 11. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 24. — 11 Causes non classées 6. — Total de la semaine : 1149 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

MANUEL DE THÉRAPEUTIQUE, par le docteur Berlioz, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble, avec une introduction par le docteur Ch. Bouchard, professeur de pathologie et de thérapeutique générales, médecin des hôpitaux. Un volume in-18 diamant de 581 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boul. St-Germain.

PRÉCIS DES MALADIES DES FEMMES, par le docteur A. Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare, ex-médecin de l'hôpital français de Londres. Un volume in-18 diamant de 516 pages, avec 165 figures dans le texte. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boul. St-Germain.

DE L'INFLUENCE DES MALADIES DU CŒUR SUR LES MALADIES DU FOIE ET RÉCIPROQUEMENT, par M. H. Rendu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon. In-4 de 109 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boul. St-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;

Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 15 février 1883.

LES MICROBES DES POISSONS MARINS. — SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Pendant longtemps on n'a attribué à la présence des microbes dans un être vivant qu'une influence pathogénique. Cependant on en trouve un si grand nombre dans le tube digestif, mélangés aux substances alimentaires, qu'on n'a pu s'empêcher de soupçonner, et qu'on a fini par leur reconnaître, dans le travail de la digestion, un rôle physiologique. Mais le tégument interne n'oppose pas une barrière infranchissable à ces micro-organismes. Déjà au mois de novembre dernier, dans une communication faite à la Société de biologie, M. Ch. Richet avait signalé leur présence dans les tuniques externes du tube digestif, dans la cavité péritonéale et jusque dans le sang des poissons marins. Ces premières expériences, entreprises sur des poissons de la Méditerranée, ont été poursuivies sur des poissons de la Manche, et en communiquant les nouveaux résultats à l'Académie des sciences, MM. Ch. Richet et L. Olivier peuvent affirmer « que chez *tous* les poissons examinés par eux à cet effet, il y a, dans le liquide péritonéal, dans la lymphe, dans le sang, et, par conséquent, dans les tissus, des microbes plus ou moins nombreux, ayant tous les caractères des microbes terrestres et se reproduisant comme eux. » L'examen direct des liquides et des tissus des poissons, les expériences de culture, les expériences d'occlusion ont donné, sous ce rapport, des résultats identiques.

Les auteurs que nous venons de nommer se proposent de rechercher le mode de pénétration de ces parasites et leur influence sur les fonctions vitales. Nous ne saurions évidemment préjuger les conclusions auxquelles ces recherches les conduiront ; mais nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer combien ce parasitisme, qu'on pourrait appeler *physiologique*, des poissons marins justifie nos réserves sur l'étiologie exclusivement parasitaire des maladies infectieuses.

— Un esprit essentiellement clinique a inspiré, mardi dernier, les membres de l'Académie de médecine qui, de près ou de loin, ont pris part à la discussion sur la fièvre typhoïde.

« Eclectique par nature, écrit de Lyon M. Teissier, je n'aime pas les formules absolues, surtout dans les questions de thérapeutique. L'expérience m'a appris depuis longtemps que le praticien doit se défier des méthodes exclusives de traitement. »

M. Bondet est venu de la même ville rompre une lance contre l'exclusivisme en thérapeutique, même quand il s'agit de la méthode de Brand.

MM. Dujardin-Beaumetz et G. Sée, en désaccord sur les mots plus que sur les choses, font en définitive l'un et l'autre ce qu'on appelle la médecine des symptômes ou des indications.

M. Peter n'est pas moins qu'eux l'adversaire de toute médication systématique, et, appliquant à la fièvre typhoïde le sage aphorisme d'après lequel le médecin a à traiter, non des maladies, mais des malades, il a rappelé qu'en présence des formes si nombreuses de la dothiénentérie, l'expérience nous apprend qu'on a à soigner des typhiques, non des fièvres typhoïdes.

Nous constatons avec plaisir cette sorte de levée de boucliers contre l'exclusivisme en thérapeutique, non seulement parce qu'elle confirme et corrobore ce que nous avons ici maintes fois exprimé, mais encore et surtout parce qu'elle nous paraît propre à détourner le praticien de voies dangereuses dans lesquelles on voudrait imprudemment l'engager.

Dr F. DE RANSE.

LE FOIE FABRIQUE-T-IL DE L'URÉE ? — URÉMIE D'ORIGINE HÉPATIQUE.

Les physiologistes sont encore réduits à se demander où se forme l'urée, qui est un des principaux déchets des combustions organiques, malgré les recherches assez nombreuses entreprises dans ces dix dernières années pour élucider cette question, qui touche de près à la pathogénie d'un certain nombre d'états morbides.

Un moment on avait cru découvrir dans le rein autre chose qu'un organe excréteur, un simple filtre, on y voyait une véritable glande secrétant de l'urée et la formant aux dépens d'autres principes excrémentiels, comme le foie fabrique les éléments de la bile. C'est là une théorie à peu près abandonnée.

Meissner, frappé de ce que chez le poulet et le chien le foie renferme une plus grande quantité d'urée que le sang, en avait conclu que le foie était un des centres de production de l'urée. Mais Munk a fait voir que cette opinion de Meissner découlait d'un point de départ erroné, et Gschleiden a démontré qu'en poussant du sang frais à travers les vaisseaux hépatiques d'un chien, la richesse du liquide en urée ne subit pas d'augmentation, que, par conséquent, le foie n'est pas un organe formateur de l'urée.

Cependant l'opinion de Meissner a été reprise naguère par un de nos maîtres les plus distingués de l'Ecole de Paris. M. Brouardel a découvert ce fait d'une grande portée que, dans les affections chroniques du foie, l'élimination de l'urée par les urines se tient au-dessous du niveau physiologique; c'est-à-dire qu'il sort de l'organisme une moindre quantité d'urée, lorsque le parenchyme hépatique, la portion secrétante du foie, est désorganisé par une lésion ou par une autre. D'où cette conclusion très naturelle, que le foie est bien un centre de production de l'urée.

Mais une autre hypothèse était possible pour rendre compte du fait que M. Brouardel a eu le mérite de signaler en premier lieu; on pouvait se demander si, chez les sujets atteints d'une affection chronique du foie, l'urée ne serait pas éliminée en moindre quantité, par cette raison bien simple que ce produit excrémentiel est retenu dans le sang. M. Dehove a entrepris des recherches dans cette voie. Nos lecteurs trouveront, dans le compte rendu de la Société médicale des hôpitaux, de plus amples renseignements sur ces recherches. Qu'il nous suffise de dire ici qu'elles ont abouti à la confirmation de cette seconde hypothèse, celle d'une rétention de l'urée dans le sang chez les individus affectés d'une maladie chronique du foie. Nous avons tenu à signaler ce résultat, à cause surtout des déductions pratiques que M. Dehove a su en tirer. Si l'urée s'accumule dans le sang lorsque le foie est lésé dans sa structure, c'est, dit M. Dehove, parce que les éléments de la bile adultèrent le sang et produisent des désordres variés, entre autres du côté des reins, dont ils entravent la fonction dépurative. M. Dehove arrive ainsi à la conception nouvelle d'une urémie *d'origine hépatique*, qui jette un certain jour, non seulement sur le mécanisme de l'ictère grave et sur la transformation possible d'un ictère simple en ictère grave, mais encore sur la pathogénie des accidents ultimes qu'on peut observer dans les affections chroniques du foie en général, et qui ont conduit à admettre l'existence d'un ictère grave sans ictère. M. Dehove a eu soin de signaler les indications thérapeutiques ou plutôt prophylactiques qui découlent de ses recherches et qui ne manqueront pas d'être mises à profit par les cliniciens.

Mais le fait d'une rétention de l'urée dans le sang des individus atteints d'une affection chronique du foie exclut-il nécessairement l'hypothèse d'une participation de cet organe à la production de l'urée? Evidemment non. Mieux que cela, les chiffres trouvés par M. Dehove pour la richesse du sang en urée démontrent que la production de ce principe est en souffrance lorsque le foie est altéré. M. Dehove émet à ce propos une hypothèse empruntée à une comparaison assez ingénieuse. Il pense que l'accumulation de l'urée dans le sang enraye les combustions organiques qui donnent naissance à ce produit, comme se ralentissent les combustions dans un foyer dont on néglige d'enlever les cendres.

A cela nous objecterons que des recherches récentes de M. von Schrœder (1) ont fourni des preuves directes de la transformation du carbonate d'ammoniaque en urée, dans le parenchyme hépatique. Les expériences de M. von Schrœder consistaient à injecter à travers le foie récemment extirpé d'un animal, du sang frais artérialisé, et l'instrumentation était disposée de telle sorte qu'une même quantité de sang traversât un assez grand nombre de fois le parenchyme hépatique.

Il se pourrait donc que M. Brouardel fût dans le vrai, comme l'est M. Dehove, et que telles lésions du foie eussent cette double conséquence, de diminuer la production de l'urée, de retenir dans le sang certains principes de la bile, qui altèrent le filtre rénal; d'où rétention des principes excrémentitiels qui quittent l'organisme par la voie des reins, c'est-à-dire urémie et urémie d'origine hépatique, suivant le mécanisme que M. Dehove a été le premier à invoquer.

E. Ricklin.

(1) Von Schrœder. *Ueber die Bildungstaette des Harnstoffs.* Archiv. fur expérim. Pathologie und Pharm., t. XV, page 364, 1882.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Étude clinique et statistique sur le rôle des hypérémies et phlegmasies broncho-pulmonaires dans l'évolution des lésions tuberculeuses du poumon, par le docteur Mayet, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Lyon.

Suite. — Voir le numéro 6.

I. Première catégorie. — Cas où une cause bien déterminée d'hypérémie ou phlegmasie broncho-pulmonaire a présidé a l'éclosion des accidents caractéristiques et paraît être la seule condition étiologique.

A. Première division. — *Cas où cette cause a existé seule sans hérédité ni conditions de débilitation.*

Observation 1. — Champeils (Claude), 29 ans, sculpteur, constitution robuste, aucun antécédent héréditaire, ni maladie antérieure importante. Bonne hygiène. Le 15 février 1879, refroidissement dans des conditions précises. Depuis, toux persistante. Peu de jours après, hémoptysies répétées. Nouvelle hémoptysie abondante le 25 août. Le 31 août, craquements et matité au sommet droit.

Obs. 2. — Gaillard (Jean), 23 ans, tisseur, soldat au moment du début. Assez faible de constitution, mais non malade. Aucune cause héréditaire ou débilitante. Le 25 décembre 1870, il prend un rhume en montant la garde la nuit. Guérison momentanée quoiqu'il ait souffert du froid les jours suivants en couchant sur la terre. Au bout de 4 ou 5 jours se remet à tousser et ne cesse pas depuis, quoiqu'il soit renvoyé immédiatement dans ses foyers. Hémoptysie peu après. Le 23 février 1872, il présente des craquements étendus aux deux sommets et une débilitation profonde.

Obs. 3. — Lanfrey (Jean), chauffeur, 35 ans. Aucun antécédent héréditaire. Dans son enfance, pleurésie suppurée avec ouverture spontanée. Guérison complète avec aplatissement du thorax à droite. Malgré cela, sa santé était parfaite. Il se s'enrhumait presque jamais quoique sa profession l'exposât à des alternatives brusques de chaleur et de froid. En janvier 1870, il entre dans une chaudière où régnait, dit-il, une température de 60 degrés au moins. Il en sort immédiatement suffoqué et crache sur le champ près d'un litre de sang. Toux, hémoptysies répétées depuis lors. Le 22 février 1872, gargouillements au sommet gauche, simple expiration prolongée et rude à droite (côté de l'ancienne pleurésie).

Obs. 4. — Moriot (Pierre), tulliste, 18 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Jamais de maladie grave. Huit mois avant son entrée à l'hôpital, il fit d'une grande hauteur une chute, d'une échelle qui se brisa. Contusion du côté gauche du thorax, large ecchymose. Un mois et demi après, extinction de voix, toux persistante. A son entrée, 2 août 1872, signes d'induration du sommet droit et cra-

quements nombreux dans tout le poumon gauche. Affaiblissement extrême.

Obs. 5. — Narfou (Casimir), parqueteur, 48 ans. Pas d'hérédité. Très bonne santé antérieure. Pas de toux. Dix-huit mois avant son entrée étant fortement en sueur par le fait de son travail, il fait des ablutions et une ingestion abondante d'eau froide. Immédiatement frissons violents qui durèrent une nuit entière. Point de côté. Toux persistante. Amaigrissement rapide. A son entrée en juillet 1872, signes étendus de tuberculisation à forme ulcéro-scléreuse des deux poumons.

Obs. 6. — Rousset (Auguste), 45 ans, tisseur. Primitivement robuste. Pas d'hérédité. Syphilis. Jamais de toux. Il y a cinq ans, après avoir ingéré une grande quantité d'eau froide étant en sueur, le malade commença à tousser et à être oppressé, n'a pas cessé depuis et s'est graduellement affaibli. A son entrée à l'hôpital, le 9 novembre 1872, gargouillements aux deux sommets, débilité profonde.

Obs. 7. — Demure (Claudine), 33 ans, repasseuse. Bien portante habituellement. Pas d'hérédité. Bonne santé habituelle. Deux ans avant son entrée, ne ressentant aucun malaise et ayant ses règles, elle a éprouvé une violente frayeur qui les a arrêtées brusquement. Le lendemain, hémoptysie de la valeur d'un demi-verre environ. Huit jours après, elle prend froid et commence à tousser. Ce symptôme n'a pas cessé. Elle s'est affaiblie. Elle présente à son entrée des signes étendus de phthisie au second degré, craquements des deux côtés.

Obs. 8. — Mery (Rose), 20 ans, tisseuse. Pas d'hérédité ni de maladies antérieures. La maladie a débuté par de la toux après qu'elle fut mouillée au milieu de novembre 1875. Le 14 février 1876, elle présente de la matité et de l'expiration prolongée aux deux sommets.

Obs. 9. — Paris, 52 ans, ménagère. Pas d'hérédité. Toujours bien portante, si ce n'est rougeole et fièvre intermittente dans l'enfance. Ne toussait jamais. En octobre 1879, étant sur le bateau-omnibus, à 8 heures du soir, sensation extrême de refroidissement. Les jours suivants, elle a beaucoup de peine à se réchauffer. Huit jours après, à peine remise, sort par une pluie très forte et reste quatre heures mouillée. Elle avait toussé un peu dès le premier refroidissement, elle tousse beaucoup depuis le second, commence bientôt à maigrir et présente à son entrée, un mois après, des signes évidents de phthisie pulmonaire.

Obs. 10. — Trouzone (Françoise), 10 ans. Pas d'hérédité ni autre cause. Bonne santé antérieure. Neuf mois avant son entrée, elle prit froid en lavant du linge plusieurs heures à la rivière à l'époque de ses règles qui s'arrêtèrent brusquement et ne revinrent pas. Depuis, trouble léger de la santé et perte de forces. Depuis cinq mois, toux graduellement plus fréquente. Le 15 mai 1876, on constate de la submatité et des craquements aux deux sommets.

On voit que dans ces six cas, auxquels nous aurions pu en joindre beaucoup d'autres, si nous n'avions pas été aussi rigoureux pour le choix de nos observations, on n'a pu trouver ni hérédité ni causes débilitantes antécédentes et je puis ajouter ni cause de contagion connue, avant les conditions productrices de fluxion ou d'hypérémie broncho-pulmonaire qui paraissent avoir été seules à agir. Il est rationnel d'admettre pour quelques-uns de ces cas que ces causes prédisposantes ont pu exister malgré les dénégations du malade et que nous n'avons pas été exactement renseigné. Il en est cependant qui paraissent présenter toutes les conditions de certitude et qui permettraient d'admettre que certains sujets, dont toutes les fonctions sont normales, peuvent réaliser les lésions tuberculeuses du poumon à l'occasion d'une simple bronchite ou d'une atteinte de congestion pulmonaire. Je dis, à l'occasion et non par le fait de ces maladies. J'ai déjà indiqué pourquoi et j'y reviendrai dans mes conclusions.

B Deuxième division. — *Cas où les seules conditions étiologiques qu'on puisse invoquer sont les causes habituelles d'hypérémie ou de phlegmasie broncho-pulmonaire et une cause occasionnelle de même nature qui a été le point de départ des accidents.*

Obs. 11. — Brochier (Joseph), trente et un ans, chaudronnier. Pas d'hérédité, ni de maladie antérieure, ni de causes débilitantes, ni de contagion possible. Exposé habituellement aux alternatives de chaud et de froid extrêmes. Bien portant néanmoins. Il y a huit mois, après avoir travaillé une journée dans un courant d'air, il commence à tousser. Hémoptysie peu après. Le 6 août 1879, craquements fins au sommet droit, expiration très soufflante au sommet gauche.

Obs. 12. — Cagnard (Louis), vingt-trois ans, polisseur en cuivre. Pas d'hérédité. Sa profession l'expose à l'absorption habituelle de poussière de cuivre très fine. Bien portant cependant. Après avoir passé une nuit au froid, toux vive immédiatement. Depuis lors (un an), toux incessante. Le 20 août 1878, craquements à gauche, respiration caverneuse à droite.

Obs. 13. — Martin (Joseph), trente-trois ans, peignier pour les étoffes de soie. Pas d'hérédité. Toussait fréquemment par le fait de sa profession qui l'expose à absorber constamment de la poussière de pierre-ponce et de fer. En février 1872, étant bien portant, il reçoit la pluie étant en transpiration. Le lendemain, hémoptysie abondante. Il se remet. Quelques jours après avoir repris son travail, nouvelle hémoptysie. Au moment de son entrée, matité et obscurité respiratoire marquée dans la moitié supérieure droite.

Obs. 14. — Poncet (Georges), trente et un ans, appréteur de tulle. Ne peut indiquer aucune autre cause pour sa maladie que le travail habituel dans une atmosphère surchauffée avec de fréquentes sorties à l'air froid. A reconnu explicitement qu'il avait commencé à tousser après avoir été vivement impressionné, il y a un mois, par cette influence, dans des circonstances bien spéfiées. Première hémoptysie peu après. Actuellement, 10 mars 1870, gargouillement aux deux sommets.

5. — Ratinet, vingt-deux ans, navetier. Pas d'hérédité. Il se mouille souvent avec de l'eau froide dans un milieu très chaud, où il travaille et où il absorbe des poussières fines de grès et d'acier en appointant les navettes à la meule. Il y a quatre ans, il prend froid en sortant d'un bal. La toux qu'il éprouvait depuis quelque temps s'accroît beaucoup et ne cesse plus. Six mois après, hémoptysie abondante. Le 18 novembre 1871, gargouillement aux deux sommets.

Obs. 16. Mme X..., vingt-deux ans, sans profession. Pas d'hérédité. Toujours très bien portante, si ce n'est qu'elle s'enrhumait facilement et que ses rhumes se prolongeaient, quoiqu'elle arrivât à s'en remettre complètement. Le 25 novembre 1869, elle sort par un froid rigoureux sans être suffisamment vêtue, elle s'enrhume du cerveau, puis de la poitrine. Depuis, ne cesse de tousser et de dépérir. Le 19 janvier 1869, craquements dans la moitié supérieure du poumon droit ; gargouillement à gauche.

Les observations de cette série présentent la même valeur que celles de la première pour démontrer le rôle important des causes de fluxions pulmonaires dans l'évolution des lésions de la phthisie. Parmi elles, celles qui mettent en relief l'influence des particules irritantes, aiguës, comme préparant le terrain à la tuberculose en aiguillonnant incessamment le tissu pulmonaire, offrent un intérêt particulier.

(*A suivre.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Action du salicylate de soude sur le cœur, par le prof. Maragliano, de Gênes (1). — II. Action de la strychnine sur la dilatation cardiaque, par le même (2). — III. Applications thérapeutiques de la cotoïne, par Albertoni (3). — IV. Un nouveau médicament galactogène, par Anderson (4). — V. Modifications de la sécrétion lactée, sous l'influence de certains médicaments, par Stumpf (5).

Les préparations salicylées sont tombées dans le domaine de la pratique journalière et rendent dans bien des cas des services inappréciables. A ceux qui affirment la prétention un peu bâtive de subordonner la thérapeutique pratique à la connaissance des effets physiologiques des médicaments, on peut opposer comme un argument assez gênant ce qui s'est passé au sujet de l'acide salicylique et de ses dérivés; depuis des années, le médecin tire un excellent parti de ces préparations, sans que jusqu'ici l'expérimentation ait trouvé à nous apprendre grand chose de précis sur le mécanisme de leurs effets physiologiques et pharmacodynamiques.

Pour ce qui concerne, en particulier, l'action de l'acide salicylique sur le cœur, les physiologistes ont émis les assertions les plus contradictoires; suivant les uns, cette substance augmente la force contractile du cœur; suivant les autres, elle la diminue. Pour élucider ce point litigieux, etc., M. Maragliano a eu l'idée d'instituer des recherches sur l'homme, comme l'ont fait naguère MM. Sée et Bochefontaine pour le sulfate de quinine. Chez des personnes qui étaient soumises pendant plusieurs jours consécutifs à l'usage du salicylate de soude, il a relevé le tracé du pouls, matin et soir, avant, pendant et après l'administration du salicylate. Dans une autre série d'observations, les tracés ont été relevés avant et après l'administration d'une prise *unique* de salicylate, de la valeur de 5 grammes. Enfin, dans une troisième série d'observations, la pression intra-artérielle a été mesurée, suivant la méthode de Basch, également avant et après une prise unique de 5 grammes de salicylate.

Ces observations ont permis de constater que, sous l'influence de doses réfractées, administrées pendant plusieurs jours consécutifs, les pulsations gagnent graduellement en énergie, ce que traduit l'allongement de la ligne ascensionnelle du tracé. Le même résultat s'observe à la suite de l'administration d'une dose unique (5 gr.) de salicylate; la force d'impulsion de l'ondée sanguine atteint son maximum 3 à 5 heures après l'incorporation du salicylate. En même temps la pression artérielle s'élève; elle atteint son maximum déjà une heure après l'ingestion du médicament, et au bout de trois heures environ, elle est revenue à son niveau antérieur. Cette élévation de la pression intra-artérielle oscille entre 10 et 20mm de mercure.

Ces résultats, en somme, sont à mettre en parallèle avec ceux que MM. G. Sée et Bochefontaine ont obtenus avec le sulfate de quinine.

— Le même auteur a étudié l'action de la strychnine sur le volume du cœur chez des sujets affectés d'une dilatation de cet organe. Les limites du cœur étaient déterminées au moyen de la percussion et tracées à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent. Le sujet en observation était ensuite soumis à l'administration quotidienne de la strychnine, et chaque jour on s'enquérait des résultats fournis par la percussion de la région précordiale. M. Maragliano affirme que, dès le second jour du traitement, le volume du cœur diminue, de telle sorte qu'une dilatation considérable de ce muscle creux s'efface au bout de cinq à six jours, encore faut-il administrer la strychnine (sous forme de sulfate) à la dose minima de 2 à 3 milligrammes par jour. Lorsqu'on suspend l'administration de la strychnine peu de temps après que le cœur est revenu à son volume normal, la dilatation ne tarde pas à reparaître.

Si cette influence de la strychnine sur le volume du cœur est réelle, elle peut nous rendre compte de l'action tonifiante et sédative que ce médicament exerce sur les centres nerveux dans certains états pathologiques mal définis, tels que l'irritation spinale, et rapportés à un état d'ischémie de la moelle ou de certains de ses faisceaux. On s'expliquerait ainsi que la strychnine, qui surexcite le pouvoir excito-moteur, arrive à calmer les manifestations d'ordre irritatif, en relevant la pression intra-vasculaire et en régularisant la circulation dans les centres nerveux.

— D'après Albertoni, la cotoïne, principe actif de l'écorce de coton, est un excellent apéritif, dont l'usage n'entraîne aucun désagrément. Son emploi serait en outre d'un grand secours dans les cas de diarrhée survenant chez les sujets qui absorbent mal : chez les déments, chez les anémiques et les cachectiques, chez les phtisiques, chez les pellagreux, chez les enfants qui sont à la période de dentition.

M. Albertoni a expérimenté le médicament sur plus de cent malades; la cotoïne était administrée en poudre, enrobée dans du pain azyme, à la dose quotidienne de 10 à 20 centigrammes et plus. Elle aurait, au dire du médecin italien, une action spécifique sur l'épithélium de l'intestin, dont elle stimulerait l'activité physiologique, qui intervient pour une large part dans l'acte de la résorption.

— D'après un journal que nous citons plus haut, le docteur Anderson ayant appris que dans la Jamaïque les femmes, lorsqu'elles sont pour allaiter leurs enfants, boivent une infusion destinée à stimuler la sécrétion des glandes mammaires, expérimenta pendant six années consécutives, chez des nourrices qui avaient peu de lait, le remède en question; il s'agit d'une infusion de feuilles de la plante connue des botanistes sous le nom de *gossypium barbadense*. Ces essais ont donné les meilleurs résultats. Six ou huit feuilles de la plante suffisent pour une tasse de cette infusion, qui a un goût très acceptable et qu'on sucre d'ailleurs comme le thé ou le café; les femmes en boivent sans inconvénient jusqu'à quatre tasses par jour.

— L'action que les principales substances médicamenteuses exercent sur la sécrétion des glandes mammaires est d'ailleurs encore fort mal connue. Un médecin de Munich, M. Stumpf, a fait sur ce point des recherches très intéressantes, et il a exposé les résultats obtenus, dans un mémoire où il a passé en revue les principaux travaux parus sur cette question. Voici en substance ces résultats :

L'iodure de potassium diminue notablement la sécrétion du lait.

(1) Centralblatt für die Medic. Wissenschaften, 1882, no 48.
(2) Ibidem., no 41.
(3) Annali univers. di medic. e chirurg., 1882, no 29.
(4) Medic. Chirurg. Rundschau, 1883, no 1.
(5) Deut. Archiv. für Klin. medicin, t. XXX, p. 201, 1882.

L'alcool, la morphine et le plomb n'exercent pas d'influence appréciable sur la quantité de lait sécrétée.

L'acide salicylique semble stimuler un peu la sécrétion lactée.

La pilocarpine ne produit pas cet effet comme on l'a dit à tort.

De plus, sous l'influence de l'iodure de potassium, le lait subit une modification profonde dans sa composition qualitative.

L'usage des boissons alcooliques augmente la proportion relative de matières grasses contenues dans le lait. L'acide salicylique paraît augmenter la richesse du lait en sucre; les préparations saturnines, la morphine, la pilocarpine, sont sans action sur la composition qualitative de ce liquide.

Pour ce qui est du passage des substances médicamenteuses dans le lait, chez la femme, l'iode passe très promptement dans le produit de sécrétion et disparaît tout aussi rapidement lorsqu'on vient à suspendre l'usage des préparations iodées; au contraire, chez les herbivores, l'élimination de l'iode subsiste un certain temps; mais la quantité d'iode éliminée par cette voie varie dans des proportions notables d'un jour à l'autre, circonstance peu favorable à l'utilisation de ce lait iodé en thérapeutique. L'alcool ne passe pas dans le lait, du moins chez les herbivores. Le plomb n'est éliminé par les glandes mammaires qu'en très minimes proportions, ainsi que l'acide salicylique. Toutefois, de ce dernier médicament, il en passe plus chez la femme que chez les femelles d'herbivores.

E. RICKLIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 janvier 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — SUR LES PHÉNOMÈNES MORBIDES QUI SE MANIFESTENT CHEZ LES LAPINS, SOUS L'INFLUENCE DE L'INTRODUCTION DU CHLORAL HYDRATÉ DANS L'OREILLE. — Note de M. VULPIAN.

L'auteur rappelle sa précédente communication sur ce sujet et ajoute: j'ignorais alors les expériences du même genre que M. Brown-Séquard avait faites et publiées en 1880 (1). Cet éminent physiologiste avait vu apparaître du tournoiement et plus tard du roulement chez des cobayes dans le conduit auditif externe desquels il avait versé du chloroforme deux ou trois fois en quelques minutes. Il compare le roulement ainsi produit à celui que l'on provoque en piquant le pédoncule cérébral moyen; ce roulement a lieu du côté correspondant à l'oreille dans laquelle on a versé le chloroforme. M. Brown-Séquard a constaté que ces phénomènes rotatoires diminuent d'intensité au bout de quelques heures et qu'ils cessent le lendemain ou le surlendemain, mais qu'on peut les faire reparaître en excitant fortement l'animal. Enfin, sur cent cobayes ainsi opérés par M. Brown-Séquard, il en est deux qui sont morts de méningo-encéphalite à la suite de l'expérience.

Quelques-uns des lapins dans l'oreille desquels j'ai introduit de la solution de chloral hydraté sont morts au bout de peu de jours. La cause de la mort a été, dans tous les cas, très différente de celle que M. Brown-Séquard a observée. Chez aucun de ces lapins je n'ai trouvé la moindre trace de méningite ou d'encéphalite. Les diverses régions de l'encéphale et des méninges étaient dans l'état le plus normal. Tous les lapins qui sont morts ont succombé par suite d'une vive inflammation des voies aériennes, compliquée le plus ordinairement de broncho-pneumonie plus ou moins étendue. Dans ma communication précédente, j'ai signalé la production d'un râle trachéo-bronchique au nombre des premiers troubles observés. Ce râle a été constaté dans tous les cas où l'expérience était bien faite, au point de vue des troubles de la motilité déterminés par l'introduction du chloral hydraté dans l'oreille. Il est bruyant, s'entend à distance et est plus ou moins durable. C'est quelques minutes après l'opération qu'il commence à se manifester. Je crois pouvoir l'attribuer à la pénétration du chloral dans l'oreille moyenne et à son passage, par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, d'abord dans le pharynx, puis dans le larynx et la trachée-artère. Chez les animaux qui succombent on trouve la partie supérieure, nasale, du pharynx pleine de muco-pus; le larynx et la trachée-artère en sont également remplis; la trachée, au lieu de muco-pus, peut contenir une sorte de fausse membrane épaisse, diphthéroïde, qui en tapisse toute la membrane muqueuse. Les poumons, comme je l'ai dit plus haut, offrent un ou plusieurs foyers de broncho-pneumonie.

J'ai dit dans la même Note que les troubles de la motilité observés à la suite de l'introduction du chloral hydraté dans l'oreille conservent leur intensité pendant quelques jours et qu'ils vont en s'affaiblissant peu à peu. Il importe de noter que cet affaiblissement ne les fait pas disparaître, même au bout de quelques semaines. Des lapins ainsi opérés depuis un mois tournent encore aujourd'hui sur eux-mêmes avec impétuosité dès qu'on les excite et cherchent à fuir. De plus, ils ont constamment la tête tournée sur l'axe du cou, de telle sorte que le côté de la face correspondant à l'oreille mise en expérience est dirigé vers le sol, l'autre côté étant dirigé en haut. Malgré les difficultés que cette attitude apporte à la préhension des aliments, ces animaux arrivent à les saisir et à se nourrir suffisamment. Ils ne paraissent avoir aucun trouble encéphalique en dehors des impulsions rotatoires. Leurs yeux sont déviés: la cornée de l'œil du côté opéré est dirigée en bas et un peu en avant; celle du côté opposé, en haut et un peu en arrière: cette déviation s'exagère, lorsqu'on provoque des mouvements de locomotion.

La paralysie faciale persiste nécessairement, puisque, dans sa pénétration de l'extérieur à l'intérieur des cavités auditives, le chloral a atteint le nerf facial et lui a fait subir une altération qui entraîne son atrophie complète.

Il me paraît absolument démontré que les troubles particuliers du mouvement constatés dans ces sortes d'expériences sont bien dus à une action directe du chloral hydraté sur les parties contenues dans l'oreille interne. En effet, j'ai toujours trouvé des indices d'inflammation dans les cavités de cette partie de l'oreille. D'autre part, la solution de chloral hydraté versée dans l'oreille externe, lorsque celle-ci contient beaucoup de cérumen, ne produit point d'effets de ce genre. Enfin, tous les liquides irritants, même lorsqu'ils pénètrent dans l'oreille moyenne, ne déterminent pas ces accidents morbides, et il est difficile de ne pas attribuer cette dissemblance à une différence dans la facilité avec laquelle ces diverses sortes de liquides pénètrent dans les profondeurs de l'appareil auditif. C'est ainsi que j'ai vu, chez un lapin qui a été opéré il y a trois semaines et qui vit encore actuellement, l'introduction d'une petite quantité d'essence de térébenthine dans l'oreille externe produire une paralysie faciale très complète, sans qu'il y ait eu, à aucun moment, le moindre indice de tendance à la rotation, soit en manège, soit en rouleau.

Quant aux phénomènes généraux de chloralisme que l'on observe dans certaines de ces expériences, ils ont manifestement pour cause l'absorption du chloral hydraté par les téguments de l'intérieur de l'oreille et son passage dans la circulation.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — SUR LES EFFETS DE LA RESPIRATION D'UN AIR CHARGÉ DE VAPEURS DE PÉTROLE. — Note de M. POINCARÉ.

J'ai fait vivre des animaux de diverses espèces (chiens, lapins,

(1) *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1880, p. 383.

cobayes) dans des atmosphères analogues à celles que respirent les personnes appelées à manier fréquemment le pétrole.

J'ai observé, chez ces animaux, une plus grande fréquence et une plus grande amplitude des mouvements respiratoires, un ralentissement des révolutions cardiaques, avec une plus grande intensité du choc du cœur; démangeaisons cutanées, parfois assez vives; une tendance au sommeil et à l'inappétence. Les cobayes seuls ont succombé, après un séjour d'un à deux ans dans le milieu. Les autres ont paru devoir résister indéfiniment.

Les lésions constatées à l'autopsie ont été : une congestion plus ou moins intense et plus ou moins générale des poumons, des méninges, de la substance grise et des reins; des raptus sanguins miliaires dans les poumons, les méninges et même entre les faisceaux musculaires du cœur; une hyperplasie considérable des cellules épithéliales des vésicules pulmonaires.

Quoique les ouvriers employés à la distillation du pétrole se plaignent uniquement d'éprouver de la pesanteur de tête et une vive irritation de la muqueuse des fosses nasales, il y a néanmoins lieu de tenir un certain compte de ce faible facteur parmi les causes de trouble de la santé publique, et de recommander aux personnes qui emploient le pétrole, comme moyen de chauffage ou d'éclairage, d'en restreindre les émanations, en se servant de récipients bien clos, et aux industriels d'établir des cheminées d'évacuation dans les entrepôts, et d'exécuter sous des hottes les opérations de distillation et d'épuration.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 février 1883.—Présidence de M. HARDY

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts demande à l'Académie, au nom du gouvernement belge, de vouloir bien se faire représenter au Congrès international de médecine vétérinaire qui doit s'ouvrir à Bruxelles au mois de septembre prochain.

Sur la demande de M. le président, M. Bouley accepte d'être le délégué de l'Académie.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Paquet professeur à la Faculté de médecine de Lille, qui sollicite le titre de correspondant dans la section de chirurgie;

2° Une note manuscrite intitulée : *Recherches expérimentales sur le premier bruit du cœur*, par M. le docteur Spiridion Kanellis (d'Athènes);

3° Une note *sur les causes probables de la fièvre typhoïde* à Gondreville, par MM. Husson et Barret.

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — M. VULPIAN, à propos du procès-verbal, lit un extrait d'une lettre de M. Teissier (de Lyon), qui, dit-il, éclectique par nature, n'aime pas les formules absolues, surtout dans les questions thérapeutiques. Il a combattu la fièvre typhoïde suivant les diverses méthodes en usage depuis 1844; et, sans statistique régulière, il peut affirmer qu'aucune de ces méthodes ne lui a jamais donné les moyennes de mortalité de 25 pour 100 et plus dont parlent les partisans de la méthode de Brand. Les bains froids peuvent être utilisés avantageusement pour combattre l'excès de température. Mais ils ne sont pas sans inconvénients et peuvent produire des pleurésies, des pneumonies, des péricardites, de l'entérorragie, etc.

M. Teissier vient de recueillir le tableau des fièvres typhoïdes traitées par lui depuis cinq ans. Elles se montent au chiffre de 70, sur lesquelles 6 seulement se sont terminées par la mort (9,55 pour 108), et encore M. Teissier a-t-il eu soin d'écarter de cette statistique les formes abortives de la maladie, dont le nombre a diminué notablement le chiffre de la mortalité. Sur ces 6 décès, il en est deux qui sont survenus chez des malades traités par la méthode de Brand appliquée dans toute sa rigueur. Comme M. Teissier n'a traité ainsi que dix malades cela ferait une mortalité de 20 pour 100 par les bains froids.

— M. BONDET, au sujet de la question du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand, vient soutenir les idées qu'il a défendues déjà en 1874, et qu'il a fait paraître, à cette époque, sous forme de leçons, dans la FRANCE MÉDICALE.

Aujourd'hui, comme en 1874, il croit aux bains froids comme moyen énergique capable de remplir certaines indications dans le traitement de la dothiénentérie, mais non comme méthode systématique et obligatoire.

Malgré son peu de goût pour l'emploi de la méthode numérique comme démonstration des vérités thérapeutiques, il a cherché dans ces derniers temps à rapprocher, pour une certaine période, les statistiques des hôpitaux civils de Lyon dans lesquels la méthode de Brand a continué à être appliquée avec plus ou moins de rigueur et celles des hôpitaux militaires de la même ville, où la même méthode n'a été que très exceptionnellement employée et pour une période de neuf ans. Il est arrivé à établir une moyenne de mortalité de 15, 1[1]10 p. 100 pour les hôpitaux civils, et de 13,39 p. 100 pour les hôpitaux militaires.

Sans attacher une importance trop grande à des chiffres qui sont toujours discutables, il ne peut cependant s'empêcher, étant donnés la période de temps assez considérable et les milieux relativement comparables auxquels ils ont été empruntés, de constater que ces chiffres, sans qu'on puisse en tirer un parti absolu, ni pour, ni contre la méthode de Brand, ne lui sont cependant pas favorables.

En comparant ces chiffres avec ceux qui ont été donnés en faveur des différentes médications dirigées jusqu'à présent contre la fièvre typhoïde, les écarts qu'on peut noter sont si peu considérables, ajoute M. Boudet, qu'à la rigueur il ne serait peut-être pas très difficile d'en tirer parti pour admettre que, comme la pneumonie, la fièvre typhoïde guérissant le plus habituellement toute seule, elle pourrait bien, comme elle aussi, se prêter à toutes les illusions thérapeutiques. Jusqu'à présent, dit il, il n'existe très probablement aucune méthode, y compris celle des bains froids, à laquelle on puisse reconnaître, en tant que méthode systématique, une certaine supériorité.

S'il est opposé à la méthode de Brand comme méthode systématique et surtout obligatoire, il croit, au contraire, que son emploi, loin d'être proscrit d'une façon absolue du traitement de la fièvre typhoïde, doit rester comme ressource thérapeutique énergique et précieuse dans les formes graves de la dothénentérie.

Ce sont surtout l'ataxie, l'hyperthermie constante avec état comateux, les sueurs profuses, le dicrotisme exagéré du pouls qui constituent les véritables indications de la méthode des bains froids. Quant aux contre-indications, il faut les chercher dans l'état polysarcique, la tendance aux syncopes, les hypérémies actives du côté du poumon, les abaissements de température trop brusques et trop prolongés, ainsi que dans certaines difficultés que présentent quelques malades pour la tolérance des bains.

Ainsi comprise, et telle est, en résumé, la conclusion à laquelle s'arrête M. Bondet, si la méthode de Brand ne doit pas être conservée comme méthode systématique, en nous fournissant une ressource utile contre certaines formes graves de la dothienentérie, elle doit rester dans l'arsenal thérapeutique de cette maladie et continuer à être expérimentée.

M. BOULEY donne lecture de quelques passages de trois lettres qu'il a reçues : la première, de tous les signataires de la déclaration de M. Glénard; la deuxième, de M. le professeur Renaut; la troisième, de M. Chauveau; ces lettres déposent toutes en faveur de l'utilité, de l'efficacité et de la supériorité de la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde.

M. RUFZ DE LAVISON dit que ce n'est pas la première fois que les bains froids sont employés comme méthode de traitement des pyrexies. En 1832, étant interne à l'hôpital des Enfants-Malades,

il a vu, dans le service de Guersant, soumettre les enfants atteints de scarlatine à la médication par les bains froids, méthode alors récemment importée d'Angleterre et d'Ecosse, où elle était en grande faveur.

Malheureusement, les faits ne répondirent pas aux promesses des partisans de la méthode, et plusieurs cas de mort, survenus à la suite de son application, la firent promptement abandonner.

M. Dujardin-Beaumetz demande à répondre quelques mots au discours de M. Germain Sée. M. Sée a dit que la pratique de l'expectation armée, dans le traitement de la fièvre typhoïde, était révolutionnaire au premier chef. M. Dujardin-Beaumetz pense, au contraire, qu'elle est éminemment conservatrice. Il convient, du reste, que le mot expectation est des plus mal choisis, quand il s'agit de qualifier une pratique qui consiste à surveiller l'alimentation des malades, à les entourer de soins hygiéniques, à leur faire des lotions vinaigrées plusieurs fois par jour, à désinfecter leurs garde-robes, etc. N'est-ce pas là de l'excellente thérapeutique ?

M. Dujardin-Beaumetz n'a employé cette expression d'expectation armée que pour l'opposer à ces méthodes exclusives de traitement, à ces médications forcées et obligatoires, dès le début de la maladie, que certains médecins voudraient imposer quand même dans tous les cas.

C'est une hérésie de vouloir appliquer à tous le même traitement et de réduire à un niveau égalitaire la thérapeutique de la fièvre typhoïde.

Les méthodes exclusives sont remplies d'inconvénients. Elles ont le grand tort de ne considérer qu'un seul côté du problème morbide : l'hyperthermie ou la septicémie, et de négliger tous les autres. Elles sont appliquées dès le début, avant même que le diagnostic de l'affection ait pu être posé avec certitude. On a vu combien cette manière de faire cause d'embarras lorsqu'on veut en suite établir des statistiques.

Une des prétentions les moins acceptables de ces méthodes exclusives est de vouloir juguler la fièvre typhoïde ; pour cela, elles posent la condition de commencer le traitement dès les premiers jours, c'est-à-dire avant que l'on sache réellement à quoi l'on a affaire. C'est contre ces méthodes exclusives que M. Dujardin-Beaumetz oppose l'expectation.

Cela ne veut pas dire qu'il ne faut rien faire ; il est des cas où il faut intervenir, agir activement, prendre les armes non point dans un but révolutionnaire, mais dans un but essentiellement conservateur ; c'est ce que M. Dujardin-Beaumetz a voulu exprimer par les mots d'*expectation armée*. Ces armes, d'ailleurs, sont différentes suivant les cas, elles varient suivant les formes si variables de la maladie.

M. Dujardin-Beaumetz reconnaît avec M. Hardy que l'on a beaucoup exagéré l'importance de la thermométrie au point de vue du diagnostic et du pronostic ; il n'en est pas moins vrai que l'observation du mouvement de la température permet de suivre et d'apprécier la marche de la maladie et d'intervenir d'une manière rationnelle pour le traitement. Cette intervention diffère suivant les cas ; les armes thérapeutiques dont se servent les médecins ne sont pas les mêmes. On a parlé surtout des bains froids, de l'alcool, du sulfate de quinine.

Les bains froids sont utiles dans certains cas, mais ils ne sauraient constituer une méthode exclusive. L'alcool n'agit pas dans l'économie comme le suppose M. Germain Sée ; des nombreuses expériences qu'il a faites avec M. Audigier, M. Dujardin-Beaumetz conclut que l'alcool brûle dans l'économie et que c'est grâce à cette combustion propre qu'il empêche la combustion, par suite la dénutrition des tissus. Le sulfate de quinine abaisse généralement la température dans les formes légères ou soutenues, mais non dans les formes graves, à moins d'être donné à des doses dangereuses. Il ne faut pas oublier que, dans la fièvre typhoïde, il peut survenir du côté des reins et du foie des complications qui ont pour effet de produire l'accumulation des remèdes par insuffisance d'élimination, et d'entraîner ainsi des accidents toxiques graves.

M. Sée expose de nouveau ses opinions sur l'alcool et sur le sulfate de quinine. Il reconnaît, comme M. Beaumetz, que les maladies des reins et du foie peuvent contre-indiquer l'emploi des remèdes trop énergiques.

M. Peter se déclare l'ennemi de toutes les médications systématiques et des théories thermophobes qui ont cours actuellement.

La fièvre typhoïde revêt, suivant les circonstances, suivant certaines conditions à déterminer, des aspects si différents les uns des autres, que l'on comprend à peine comment on a pu songer à lui opposer une médication unique.

Elle n'est pas la même chez le banquier qui vient d'être accablé de revers de fortune, et chez le robuste paysan, calme, tranquille et pléthorique. Chez l'un on observe plutôt la forme ataxique, chez l'autre, la fièvre congestive, et le traitement devra varier suivant ces données.

La femme des villes, épuisée par les plaisirs et les nuits de bal, présentera la forme adynamique ; la fille du peuple, la pauvre ouvrière dont depuis longtemps l'alimentation était insuffisante et qui a commencé l'autophagie avant l'invasion de la fièvre, sera prédisposée à la forme putride.

Voilà donc déjà quatre formes, et il en est bien d'autres. M. Peter ne croit pas qu'aucune des médications systématiques ait eu une influence sensible sur les moyennes de mortalité.

Il s'est prononcé contre les bains froids, il y a plusieurs années déjà ; mais en écoutant ceux qui se sont faits l'écho de ses propres idées, il s'est senti le désir de réagir contre certaines exagérations qu'ils y ont ajoutées. Il plaidera donc dans une séance prochaine, les circonstances atténuantes pour les bains froids. Mais, en attendant, il va profiter des quelques minutes qui lui restent, avant le comité secret, pour parler de l'hyperthermie.

Il y eut une époque où régnait ce qu'on nommait *la folie de la croix*.

On peut dire que nous sommes au temps de la folie de l'hyperthermie. Une expérience de Claude Bernard est devenue le point de départ de cette folie, qui s'est étendue à presque tous les médecins.

Claude Bernard prenait un moineau. Il le mettait dans une étuve chauffée à 65 degrés, et, au bout de quatre ou cinq minutes, il voyait l'animal succomber après avoir fait de grands efforts comme pour respirer. A ce moment, la température, prise dans le rectum de l'oiseau, s'élevait à 49 *degrés*. A l'autopsie, on trouvait les muscles coagulés. Mais cela n'avait rien d'étonnant, car en réalité le moineau était cuit. La température s'était élevée d'au moins 10 degrés dans le rectum ; elle avait, sans doute, atteint au cœur 49 degrés et demi ou 50 degrés. Or, l'expérience est facile à faire : qu'on trempe pendant cinq minutes un petit morceau de viande dans de l'eau chauffée à 50 degrés, et on la retirera cuite. La coagulation du tissu musculaire se sera effectuée comme chez le moineau.

Mais, dans les fièvres, l'hyperthermie ne s'élève jamais, chez l'homme, jusqu'au 49° ou 50° degré. Elle ne dépasse guère 4 degrés par rapport à la température normale (qui est chez l'homme de 37° et demi) ; elle atteint 5 degrés au plus, et encore rarement. D'ailleurs elle se produit d'elle-même et non par l'influence d'un milieu surchauffé. Le rayonnement, la transpiration, la respiration, tendent à l'abaisser. Lui attribuer les dégénérescences qui se produisent dans les muscles, dans le cours de la fièvre typhoïde, c'est une grave erreur, car ces dégénérescences se sont présentées chez des malades chez lesquels le typhus avait été presque athermique.

Mais c'est surtout dans les mémoires de Brand qu'il faut voir cette théorie de l'hyperthermie poussée jusqu'à l'absurde, jusqu'à la folie.

Brand enchaîne des propositions qui sont toutes des postulats.

Il déclare que les symptômes de la fièvre typhoïde sont dus à l'excès de température;

Qu'ils sont produits par un mécanisme analogue à celui de la fermentation;

Que le corps s'échauffe sous l'influence de ce ferment typhoïdique comme l'infusion d'orge germée en présence de la levûre de bière;

Que l'on peut arrêter le processus morbide par l'abaissement de la température, comme on arrête, en abaissant la température jusqu'à 16 degrés, la fermentation de l'infusion d'orge, etc.

Mais, si toutes ces suppositions étaient fondées, encore faudrait-il pouvoir refroidir jusqu'à 16 degrés le corps humain pour y arrêter le processus typhoïde comme on arrête la fermentation de la bière.

D'ailleurs non seulement tout ceci est hypothétique, mais la clinique fournit la preuve du contraire.

Brodie avait, le premier, observé que chez un malade qui avait une fracture de la colonne vertébrale à la région cervicale, la température s'était élevée, en quelques minutes, au point de dépasser 42 degrés.

La même remarque a été faite, depuis lors, dans des circonstances semblables.

Il existe donc, dans une certaine région de la moelle épinière, des centres nerveux dont l'irritation ou la blessure peut élever la température générale du corps.

Ce sont ces centres qui produisent l'hyperthermie, quand ils se trouvent affectés, congestionnés dans le cours d'une fièvre typhoïde; l'hyperthermie est donc un phénomène pleinement comparable au délire qui se produit dans la même maladie par la congestion ou l'irritation d'autres parties des centres nerveux.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 février 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

M. VERNEUIL dépose sur le bureau : 1o une observation inédite de M. le docteur Redard, intitulée : amputation de jambe chez un albuminurique, influence de la blessure sur la maladie rénale. 2o un mémoire du docteur Faucon (de Lille), sur le traitement des plaies artérielles par le catgut.

M. MONOD remet, de la part de M. Schwartz, une observation de taille hypogastrique chez un homme de 60 ans.

—M. POLAILLON fait un rapport sur deux observations de M. Mouchet (de Sens);

1° ELONGATION DU NERF DENTAIRE INFÉRIEUR DROIT POUR UNE NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU, AVEC TIC DOULOUREUX, GUÉRISON. — L'opération a été faite par le procédé de la trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur. L'opération a été très facile et l'élongation du nerf dentaire seule a été suivie de la guérison de la névralgie qui occupait toutes les branches du trijumeau. Il est vrai que le malade n'a été suivi que quatre mois. Un point sur lequel le rapporteur attire l'attention, c'est que dans le procédé qui consiste à trépaner le maxillaire inférieur, l'opération est suivie de troubles de la déglutition et de la mastication. Les premiers disparaissent assez rapidement, mais les troubles de mastication durent assez longtemps, et chez le malade de M. Mouchet, au bout de quatre mois, ils existaient encore, quoique moindres et allant toujours en diminuant.

2° EXPULSION SPONTANÉE D'UN VOLUMINEUX CALCUL DE LA VESSIE, A TRAVERS LA PAROI URÉTHRO-VAGINALE, CHEZ UNE FEMME DE 72 ANS. — Cette femme éprouvait depuis longtemps des douleurs très vives pendant la miction et un médecin qui l'avait examinée avait trouvé une tumeur dure de la paroi antérieure du vagin et avait diagnostiqué un cancer des organes génitaux. C'est alors que M. Mouchet vit la malade; il diagnostiqua un calcul et se décidait à l'opérer, lorsqu'un jour dans un effort de miction, la femme rendit un calcul pesant 140 grammes et mesurant cinq, six et sept centimètres dans ses différents diamètres. Elle eut à la suite de cette expulsion une fistule uréthro-vaginale qui ne guérit pas. M. Mouchet a perdu de vue la malade.

M. VERNEUIL a observé deux cas de fistules urinaires causées par des calculs. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui fut opérée d'une fistule vésico-vaginale sans qu'il y ait eu chez elle de symptômes de calcul; mais, sept ans plus tard, la fistule récidiva et l'on s'aperçut de la présence d'un calcul. Ce calcul, qui avait le volume d'une grosse olive, fut expulsé spontanément. Non seulement la perforation ne guérit pas d'elle-même, mais plusieurs opérations, qui furent tentées, échouèrent complètement.

Dans le second cas, il s'agissait aussi d'une femme qui avait une fistule vésico-vaginale, créée par un calcul; celui-ci fut enlevé au moyen de la taille vésico-vaginale, il avait le volume d'un gros œuf de pigeon. Deux fois on essaya de fermer la fistule par une opération; mais les deux fois il y eut un insuccès.

M. BERGER a observé une perforation de la cloison vésico-vaginale par un calcul développé sur un corps étranger, une épingle. C'était dans le service de Broca, qui fit la taille urèthrale, et en cherchant à retirer la pierre, l'extrémité de l'épingle déchira le bas-fond de la vessie. Cette fistule guérit par une seule opération.

— MYXÔME KYSTIQUE DU TESTICULE DROIT. — Rapport de M. Chauvel sur une observation du docteur Richond.

La tumeur se développa chez un homme de 22 ans, à la suite d'un traumatisme; le néoplasme s'accrut progressivement, malgré les traitements employés et l'on se décida à faire la castration. L'opération fut simple et la guérison rapide; l'auteur pense donc qu'il a eu affaire à une tumeur bénigne, mais le rapporteur fait des réserves à ce sujet, car le malade n'a pas été suivi bien longtemps et il n'est pas à l'abri d'une récidive.

M. RICHELOT partage les réserves du rapporteur, car il a vu un cas dans lequel la tumeur paraissait formée uniquement de kystes, et néanmoins elle a récidivé. M. Malassez, qui avait fait l'examen de la tumeur, lui avait donné la dénomination anatomique d'épithélioma myxoïde.

M. DESPRÉS fait remarquer que pour les maladies kystiques des testicules, personne n'est d'accord. D'après la thèse de Comte, presque toutes les maladies kystiques du testicule se comportent comme des cancers, et la tumeur récidive. Pour M. Després, il les divise en deux catégories : 1o les cancers avec kystes; 2o les tumeurs adénoïdes du testicule. Ces dernières étant caractérisées par la présence exclusive de tissu fibreux et de kystes, ce sont des tumeurs hypertrophiques; elles sont très rares, et il n'en existe que quatre exemples pour le testicule.

M. TILLAUX a observé, il y a vingt ans, une tumeur kystique que tout faisait supposer être bénigne; néanmoins la tumeur s'est généralisée au bout de quelque temps et le malade a succombé.

M. PONCET fait remarquer que c'est un tort de prendre la dénomination de tumeur kystique; en effet, le kyste est secondaire dans la maladie et peut accompagner toutes les espèces de tumeurs. Il y a des myxomes kystiques, des épithéliomes kystiques, des fibromes kystiques, etc., etc.

M. TRÉLAT est de l'avis de M. Poncet, mais M. Després pense que le nom de tumeur kystique doit être conservé, car, quoique très rares, les tumeurs où il n'y a que des kystes n'en existent pas moins.

—RELATIONS DE LA SYPHILIS ET DU RACHITISME. — M. LANNELONGUE fait sur ce sujet une très intéressante communication. Il y a dix jours est mort dans son service un enfant de trois ans et demi. Cet enfant était rachitique à un haut degré. Comme antécédents, le père était bien portant; mais, la mère, étant jeune fille, avait eu la syphilis; elle avait été traitée pendant plusieurs mois. Pendant la grossesse, elle n'a pas eu d'accidents; l'enfant, en naissant, avait une éruption syphilitique, puis il a eu du coryza; enfin, à 14 mois, il a eu sur les membres des nodules qui n'ont fait que

progresser. Il est entré dans le service de M. Lannelongue avec une affection pulmonaire à laquelle il a succombé.

Autopsie : Noyau d'hépatisation grise dans les poumons ; matière caséeuse jaunâtre dans les ganglions bronchiques ; atrophie et état scléreux du foie avec noyaux jaunâtres disséminés. Le squelette présente partout les lésions du rachitisme. Au niveau des épiphyses, il y a formation exagérée de tissu spongoïde ; le long des diaphyses, il existe des tumeurs avant le volume d'olives et entourées de tissu spongoïde ; en outre, en plusieurs endroits, il y a de légères fêlures de l'os.

Quel rapport y a-t-il entre la syphilis et le rachitisme ? C'est là la question, et si certains auteurs n'admettent pas de relations entre ces deux affections, d'autres, au contraire, les rapprochent beaucoup.

Pour M. Parrot, le rachitisme et la vérole ne font qu'un, et plusieurs observations viennent à l'appui de cette opinion. Néanmoins la question est loin d'être tranchée et les faits seuls viendront décider. L'observation que présente aujourd'hui M. Lannelongue est un argument de plus en faveur de l'opinion de M. Parrot. Les altérations osseuses de la syphilis décrites par Parrot, Waldeyer, Ranvier, etc., sont sur bien des points comparables à celles que l'on trouve dans le rachitisme.

— Kyste hydatique de la prostate. Communication de M. Tillaux. Un homme de 43 ans entre à l'hôpital Beaujon le 23 septembre, avec une rétention complète d'urine ; on ne pouvait introduire une sonde métallique, mais la sonde en caoutchouc peut passer. Le malade souffrait dans les reins et au niveau du sacrum ; au toucher rectal on trouve une tumeur régulière, lisse, rénitente, fluctuante ; d'après plusieurs symptômes, et le malade portant au flanc droit une cicatrice d'abcès froid, M. Tillaux fit le diagnostic d'abcès froid de la prostate. Le 9 octobre, incision par le rectum : issue d'une grande quantité de liquide un peu coloré par du sang, mais pas de pus. Deux jours après, le malade rendit une hydatide, puis bientôt une grande quantité. Au bout de peu de temps, le malade est parti guéri.

M. Nicaise a vu un malade qui lui a été envoyé par le docteur Millet, et qui avait une grosse tumeur de la prostate ; cette tumeur donnait lieu à des troubles du côté de la défécation ; pas de troubles urinaires. La ponction donna issue à du liquide renfermant des crochets.

MM. Marchand, Lannelongue et Périer, pensent que dans le cas de M. Tillaux le kyste pouvait peut-être s'être développé dans le tissu cellulaire ; en effet, il n'existe pas encore de fait de kyste hydatique de la prostate, et tous ceux qui se développent dans cette région ont été jusqu'à présent reconnus pour des kystes hydatiques du plancher du bassin.

Dr H. Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 janvier 1883. — Présidence de M. Millard.

Inoculation de la syphilis au singe. — A l'occasion du procès-verbal, M. Martineau prend la parole pour compléter la communication qu'il a faite dans la dernière séance sur ses expériences d'inoculation de la syphilis au singe.

Le 10 janvier, c'est-à-dire au cinquante-quatrième jour qui a suivi les inoculations, les quatre premières syphilides sont apparues ; les jours suivants, quelques autres se sont développées ; bref, on a pu en compter neuf. Quelques-unes étaient simplement érosives, les autres ont subi la transformation papuleuse, l'une d'entre elles enfin a présenté l'aspect papulo-diphtéritique. Le 24 janvier, ces syphilides étaient guéries, soit soixante-huit jours après l'inoculation du virus syphilitique. Depuis lors, aucune autre lésion n'est apparue. Ces syphilides ont laissé à leur suite des *nodus* au niveau desquels la peau présente une coloration brunâtre.

M. Martineau, répondant à quelques questions de MM. Féréol et Laboulbène, dit que la température a été pendant tout le temps très difficile à prendre, elle l'est plus encore maintenant par l'indocilité plus grande de l'animal qui est aussi beaucoup moins approchable qu'autrefois. M. Martineau a essayé de prendre la température rectale, tous les thermomètres ont été brisés ; il a songé à chloroformer l'animal afin de s'en rendre maître, mais le chloroforme lui-même pouvait modifier la température ; en résumé, il a dû se borner à prendre la température axillaire ; aussi n'attache-t-il qu'une très médiocre importance aux résultats obtenus. Comme phénomènes nouveaux depuis quelques jours, M. Martineau cite la chute des poils qui commence ; de plus, l'animal maigrit et devient moins agile.

Présentation. — M. Constantin Paul fait hommage de son *Traité des maladies du cœur*.

Rapports du tubercule et de l'inflammation. — M. Kiéner expose ses idées sur ce sujet en s'appuyant sur un travail récent entrepris avec M. Poulet sur l'ostéite tuberculeuse ou carie des os. Il passe d'abord en revue les rapports anatomiques des tubercules osseux et de l'inflammation. Dans la forme primitive et chronique, le tubercule ne provoque pas d'inflammation ; les follicules, nettement circonscrits, évoluent isolément et les tissus ambiants présentent seulement des lésions de nutrition lentes. Ils ne déterminent pas plus de réaction que les tubercules fibreux du sommet des poumons. L'indifférence des tubercules est beaucoup moindre dans la forme secondaire, tardive, envahissante ; les follicules sont moins circonscrits ; l'action du principe infectieux dépasse leurs limites, ainsi qu'en témoignent les nombreuses cellules géantes disséminées au pourtour ; la suppuration, quoique partielle et chronique, est la règle. C'est surtout dans la forme qu'on peut appeler ostéite tuberculeuse aiguë, qui rappelle par sa marche la phthisie galopante du poumon, que les rapports du tubercule et de l'inflammation sont les plus étroits. Dans cette forme grave, les follicules tuberculeux, à peine ébauchés, sont presque immédiatement détruits par la suppuration, avant la caséification ; dans ce cas, la réaction inflammatoire prédomine.

La seconde partie de cette communication de M. Kiéner est consacrée aux rapports étiologiques du tubercule et de l'inflammation ; les faits précédents démontrent que le tubercule primitif, malgré sa virulence, peut être toléré longtemps par un organisme sain ; l'inflammation n'est donc pas une conséquence directe de l'action du virus, elle doit être rapportée soit à la diminution de résistance de l'économie ou des tissus, qui résulte de la prédisposition héréditaire ou de toute autre cause débilitante, soit à une maladie étrangère au tubercule et agissant de concert avec lui. L'influence des traumatismes, des affections catarrhales et des suppurations est étudiée à ce point de vue.

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq minutes.

Varèle.

FORMULAIRE

Poudres a priser a employer dans les cas de coryza aigu. (Beverly-Robinson, de New-York.)

Rec.	Sulfate de morphine	0, gr. 06
	Sous-nitrate de bismuth	12 —
	Gomme arabique en poudre	4 —
M. s. a.		

(Yvon.)

Rec.	Sous-nitrate de bismuth	20 grammes.
	Poudre de benjoin	10 —
	Tannin en poudre	4 —
	Chlorhydrate de morphine	0, gr. 10 centigr.
M. s. a.		

E. R.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Des propriétés diététiques de la farine de moutarde. — Deux variétés de moutarde sont cultivées et usitées : la moutarde blanche (*sinapis alba*), dont la graine est préconisée comme laxative ; la moutarde noire (*sinapis nigra*), de beaucoup plus importante, employée pour ses propriétés rubéfiantes ; c'est celle qui joue le plus grand rôle dans la préparation des condiments diététiques.

La principale propriété des bonnes farines de moutarde est d'exciter à la surface du tube digestif la sécrétion de sucs destinés à la digestion des aliments. On doit même considérer ce condiment comme indispensable pour accompagner les substances dont la digestion est lente, difficile, telles que les charcuteries, les viandes salées et fumées, l'anguille, le homard, etc. En pareille circonstance et sous l'influence de ce stimulant, une hypersécrétion de suc gastrique, un surcroît d'activité stomacale, triomphent des qualités indigestes de l'aliment ingéré. La farine de moutarde condimentaire tonifie en outre les plans musculeux du tube gastro-intestinal, prévient ou combat les pneumatoses à la manière des carminatifs, et son emploi constitue un excellent préventif de la dyspepsie flatulente.

Dans le nord de l'Europe, où les populations consomment une grande quantité de viandes et de matières grasses, l'usage de la moutarde est considéré comme indispensable. Mais le condiment préparé dans la plupart de ces pays, à l'exception toutefois de l'Angleterre, est loin de présenter les qualités nécessaires.

En effet, la moutarde préparee en France et en Allemagne a perdu généralement la plupart de ses propriétés digestives par l'adjonction intempestive du vinaigre ou de tout autre liquide qui en détruit très rapidement les principes actifs. Tous les médecins savent que les propriétés révulsives de la farine de moutarde disparaissent lorsqu'on la mélange avec du vinaigre ; il en est de même évidemment pour le condiment lorsque celui-ci a été mouillé longtemps à l'avance, soit par de l'eau, soit par du vinaigre. Aussi est-il permis de dire qu'il est rare de manger en France de la moutarde ; ce qui nous est habituellement présenté comme tel sur nos tables n'étant qu'une sorte de pâte plus ou moins aromatisée, mais ne contenant aucune des substances actives du *sinapis Nigra*. L'analyse chimique démontre, en effet, que le myronate de pot sse, qui donne à la moutarde ses propriétés excitantes et digestives, n'entre pas dans la composition de la moutarde lorsque celle-ci a été longtemps délayée dans l'eau ou le vinaigre.

La farine de moutarde, connue en France sous le nom de *moutarde anglaise*, échappe à ces inconvénients. Elle possède, dans des proportions toujours égales, les principes actifs nécessaires pour l'assimilation et la bonne digestion des aliments, et elle a l'avantage de se conserver presque indéfiniment.

Nous avons examiné avec soin les différentes farines qui se trouvent dans le commerce et, après une analyse attentive, nous avons dû reconnaître que le produit connu sous le nom de *Colman's Mustard* est de beaucoup préférable. C'est un mélange très heureux de farine blanche et de farine noire dans des conditions qui répondent parfaitement aux besoins de l'hygiène et de la diététique.

BIBLIOGRAPHIE

De la contagion de la rougeole, par le docteur A. Beclère, ancien interne des hôpitaux.

S'il est un fait indiscutable et indiscuté, c'est certainement la contagiosité de la rougeole ; mais, en dehors de ce fait brut et élémentaire, quelles incertitudes, quelles erreurs encore sur le mode et le moment de la contagion ! Presque tous les traités classiques donnent la période de desquamation comme la période la plus dangereuse, et nient, ou peu s'en faut, le danger pendant les autres périodes ; de là des règles de conduite très précises, et, s'il faut en croire M. Beclère, des erreurs graves dans la prophylaxie de cette affection. L'auteur, qui a porté toute son attention sur ce point spécial, arrive à cette conclusion, basée sur les faits historiques et sur son expérience personnelle de l'hôpital des Enfants-Malades, c'est que la rougeole est surtout contagieuse à la période d'invasion et à la période d'éruption, d'où la nécessité d'un isolement très précoce. Voici du reste les conclusions qui résument ce remarquable travail :

1o La contagion est le seul mode de développement de la rougeole.

2o La rougeole est contagieuse dès le début de la période d'invasion et pendant la période d'éruption ; elle ne semble pas être contagieuse au-delà de ce temps et la durée de la période de contagion ne paraît pas excéder huit à dix jours.

3o Le contage de la rougeole, de nature inconnue, est contenu dans les produits de sécrétion de la muqueuse respiratoire : il reste à démontrer qu'il existe ailleurs, et en particulier dans les produits de la desquamation cutanée.

4o Le contage de la rougeole est diffusible dans l'atmosphère, mais sa diffusion est très limitée : il ne semble pas pouvoir se répandre au-delà de quelques mètres.

5o Le contage de la rougeole est très peu tenace ; hors de l'organisme qui l'a produit, il perd très rapidement ses propriétés nocives ; il ne semble pas pouvoir les conserver audelà de quelques heures.

6o Le contage de la rougeole est très rarement transporté par des personnes ou par des objets en dehors des cas où cette condition est réalisée : transport en très peu de temps à très faible distance.

7o. Le contage de la rougeole ne persiste pas dans les bâtiments d'habitation qui ont été occupés par des morbilleux.

8o Il n'y a guère d'immunité contre la rougeole que celle que confère une première atteinte ; encore cette immunité n'estelle pas absolue.

9o Le temps qui s'écoule entre le moment de la pénétration du contage et celui du début de l'éruption a une durée remarquablement fixe et qui ne varie qu'en de très étroites limites. C'est le plus souvent du 13e au 15e jour à partir du contact infectieux, exceptionnellement un jour plus tôt, un ou deux jours plus tard, qu'apparaît l'éruption.

10o L'existence chez un individu d'une maladie générale, d'une fièvre éruptive, en un mot d'un état pathologique quelconque, non seulement ne lui confère aucune immunité, même temporaire, entre la contagion de la rougeole, mais encore n'altère en rien la durée de la période d'incubation comptée jusqu'au début de l'éruption.

11o Les notions qui précèdent, résultat des recherches de Panum (de Copenhague), de Mayr (de Vienne) et de Girard (de Marseille) sont confirmées par l'étude de la contagion de la rougeole à l'hôpital des Enfants ; ces notions expliquent à la fois la fréquence des cas de rougeole contractée dans certaines salles, la rareté de cas semblables dans d'autres salles voisines de celle-ci, la résistance de certains enfants à la contagion et les différences très considérables qu'on observe chez les enfants atteints dans la durée du temps qui s'écoule entre leur entrée et l'apparition de l'éruption chez chacun d'eux.

12o La mortalité excessive des enfants qui contractent la rougeole à l'hôpital, due surtout à l'influence fâcheuse qu'exerce sur la marche et la terminaison de cette maladie un état pathologique antérieur plus ou moins grave, impose la nécessité de modifier l'état de choses actuel.

13o Le seul remède est l'isolement dans une salle spéciale des enfants atteints de rougeole; cet isolement, très facile à réaliser, n'est possible d'aucune objection.

P. B.

VARIÉTÉS

CORRESPONDANCE.

Nous sommes de ceux qui pensent que, parmi les nombreuses questions d'économie sociale dont l'étude et la solution pratique s'imposent à nos législateurs, à nos gouvernants ou à nos administrateurs, on en trouve facilement de plus urgentes que la laïcisation des hôpitaux. Aussi, nous reproduisons volontiers la lettre suivante que le M. le docteur Armand Desprès chirurgien de l'hôpital de la Charité, vient d'adresser au directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX :

« Paris, 14 février 1883.

« MON CHER DIRECTEUR,

« Le Conseil municipal de Paris a voté le budget de l'Assistance publique, à la condition que le directeur de cette administration laïciserait, en 1883, trois hôpitaux, c'est-à-dire que l'on en chasserait les sœurs hospitalières. Ce vote est sans valeur. La subvention que la Ville accorde aux hôpitaux et qui est destinée à équilibrer leur budget, est *obligatoire* sans condition ; c'est l'équivalent de l'ancien droit sur l'octroi que la loi de 1801 avait rendu aux hôpitaux et qui était également obligatoire.

« Néanmoins, trois hôpitaux ont été condamnés, je ne dirai pas par le Conseil, il n'en avait pas le droit, mais par le directeur de l'Assistance publique, qui s'est fait l'exécuteur fidèle des volontés d'une partie du Conseil municipal, et a, de plus, égaré l'autorité, qui était disposée à examiner la question à fond, ainsi qu'un certain nombre de journaux républicains, qui ne savent plus où est la vérité.

« Je fais appel ici à tous mes collègues des hôpitaux, et je déclare, sans crainte d'être démenti par eux, que, contrairement à l'assertion de M. Quentin, les religieuses, dans nos salles, font autre chose que de surveiller les infirmiers, c'est-à-dire les serviteurs et que c'est là un des avantages qu'elles présentent. Ce sont les surveillantes laïques qui jouent ce rôle. Ces femmes, mercenaires à 600 francs par an, qui ont le gage de nos domestiques, font, en réalité, ce qu'elles peuvent faire : le moins de travail et le plus de profits possible. Les religieuses, au contraire, distribuent la nourriture aux malades, elles leur administrent les prescriptions dangereuses, elles nettoient et changent les grands malades et les pansent quelquefois ; enfin, elles ensevelissent les morts et empêchent ainsi les mauvais infirmiers de dépouiller les moribonds.

« Je demande pardon au public de prendre toujours la parole; mais il m'excusera quand il songera qu'en dehors de l'intérêt que je porte à nos malades, je suis un républicain et un libre penseur qui dit la vérité à son parti et voudrait à tout prix l'empêcher de faire du mal aux pauvres, sans profit aucun pour la République, et de sacrifier les graves intérêts des malheureux à des intérêts privés ou à la réclame électorale des politiciens du jour.

« J'ajouterai qu'à mon sens un gouvernement travaille à se ruiner lorsqu'il, sur des questions en apparence aussi petites et aussi spéciales que celle des hôpitaux, il laisse violer la loi, le bon sens et la vérité.

« Veuillez agréer, etc.

« A. DESPRÈS,
« Chirurgien à l'hôpital de la Charité. »

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — M. le professeur VON SIGMUND (de Vienne), un des principaux représentants de l'Ecole de médecine de Vienne, bien connu pour ses travaux de syphiliographie, vient de mourir à Padoue, à l'âge de soixante-douze ans.

***

INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES. — La loi qui supprime tout traitement aux médecins inspecteurs des eaux minérales vient d'être promulguée. Elle comprend les deux articles suivants :

ARTICLE PREMIER. — L'emploi de médecin inspecteur des établissements d'eaux minérales naturelles ne donne droit à aucune rétribution, soit de la part de l'Etat, soit de la part des propriétaires de ces établissements.

ART. 2. — Sont abrogées toutes les dispositions législatives contraires à la présente loi, et notamment l'article 18, titre III, de la loi du 14 juillet 1856, et les articles 22 à 23 inclusivement du décret du 28 janvier 1850, rendu pour l'exécution de ladite loi.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.—La Société centrale a tenu sa séance annuelle dimanche dernier dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Gosselin.

L'ordre du jour de ces séances, qui sont plutôt des réunions de famille, est toujours le même : allocution du président ; discours du secrétaire général où un tribut de regrets est payé aux membres que la Société a perdus, et la bienvenue souhaitée aux nouvelles recrues ; rapport financier du trésorier, qui montre l'état toujours prospère de l'Association ; renouvellement du tiers des membres de la commission administrative. Les nouveaux élus ont été MM. Baldy, Bonne, Bourdin, Campardon, Cartaz, Chevalet, Duguet, Neumann, Radoux, Richard d'Aulnay, Roques, Troisier.

La Société a eu aussi à élire les membres du bureau, dont le mandat quinquennal était expiré. Tous les membres sortants ont été par acclamation maintenus dans leurs fonctions.

***

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique interne sera ouvert le 6 août 1883.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. —M. le docteur Moniez, maître de conférences, est chargé du cours d'histoire naturelle en remplacement de M. Giard.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. le docteur Lachaize est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

***

NOMINATION.—M. le docteur Vallin, professeur au Val-de-Grâce, est nommé membre de la commission des bibliothèques populaires pour l'année 1883.

***

LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — Par décision du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, tous les documents recueillis

pendant l'enquête sur l'épidémie de fièvre typhoïde à Paris sont renvoyés à une commission composée de MM. Brouardel, Léon Colin, baron Larrey, Lagneau et Dujardin-Beaumetz.

*
* *

CONCOURS. — Un concours pour les emplois de chimiste et d'expert-inspecteur au Laboratoire municipal de chimie établi à la préfecture de police aura lieu le 6 mars prochain, à dix heures du matin.

Les élèves en médecine et en pharmacie qui voudraient concourir devront justifier, les premiers, de 16 inscriptions de doctorat, les seconds de 12 inscriptions.

Les demandes devront parvenir au secrétariat de la préfecture de police le 28 février au plus tard.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1882-83

79. M. Lecoisne. Contribution à l'étude du traitement des abcès froids. — 80. M. Durand. De l'alimentation pendant le cours et à la période du déclin de la fièvre typhoïde. — 81. M. Hay-Margiraudière (T.-H.). Contribution à l étude de quelques troubles trophiques de l'ataxie locomotrice (chute spontanée des dents et des ongles.) — 82. M. Halbout. Etude sur la chroroformisation chez les individus atteints d'une affection des organes respiratoires.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 2 FÉVRIER AU JEUDI 8 FÉVRIER 1883.

Fièvre typhoïde 45. — Variole 15. — Rougeole 17. — Scarlatine 3. — Coqueluche 8. — Diphthérie, croup 38. — Dysenterie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 0. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 52. — Phthisie pulmonaire 239. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 52. — Malformation et débilité des âges extrêmes 62. — Bronchite aiguë 33. — Pneumonie 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 53, — au sein et mixte 18. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 111. — de l'appareil circulatoire 67. — de l'appareil respiratoire 104. — de l'appareil digestif 50. — de l'appareil génito-urinaire 20. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 11. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 24. — Causes non classées 6. — Total de la semaine : 1149 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

TRAITÉ DES OPÉRATIONS USUELLES, par M. Louis Thomas, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, et suivi d'un Précis des opérations dentaires usuelles, par le docteur Cruet. Un volume in-18, avec 84 figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

HYGIÈNE PROFESSIONNELLE ; L'OUVRIER MÉGISSIER, par le docteur Choquet. In-8. — Prix : 1 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

54e année. 6e série. Tome V. N° 8 24 FÉVRIER 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;**
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 22 février 1883.

Académie de médecine : LA SYPHILIS CÉRÉBRALE. — SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

En présentant à l'Académie de médecine un extrait de ses leçons faites en 1880 à l'hôpital de la Pitié sur les paralysies toxiques et la syphilis cérébrale, M. Lancereaux a rappelé qu'il a toujours cherché, dans ses travaux, à donner une base anatomique à la classification des affections syphilitiques des centres nerveux, de préférence à la base symptomatique adoptée par bon nombre d'auteurs. Certes, au point de vue nosologique, la méthode de classification de notre savant confrère est sans contredit la meilleure ; mais elle suppose, dans la pratique, parfaitement connus et établis les rapports entre la lésion et le symptôme qui la traduit, de manière à remonter facilement de celui-ci à celle-là. Aussi M. Lancereaux se préoccupe-t-il de faire connaître ces rapports ; après avoir décrit une méningite, une artérite et une encéphalite syphilitiques, il montre comment les trois ordres de lésions, suivant le siége qu'elles occupent, produisent tels ou tels désordres fonctionnels, ici des phénomènes douloureux, là des convulsions, ailleurs une hémiplégie, dans d'autres cas de la contracture, etc.

Mais de pareils symptômes s'observent également à la suite de lésions cérébrales d'origine non spécifique ; comment distinguer ceux qui relèvent de lésions syphilitiques ? « Ces dernières lésions, dit M. Lancereaux, comme toutes celles qui font partie de la syphilis tertiaire, ont pour point de départ les vaisseaux lymphatiques ou sanguins et partant sont circonscrites (lésions en foyer). D'un autre côté, il est facile de s'assurer que ces lésions s'arrêtent au bout d'un certain temps de leur évolution, regressent et sont résorbées. Or ces deux caractères importants doivent servir de base au diagnostic de la syphilis nerveuse. En conséquence, tout désordre fonctionnel indiquant une lésion généralisée et progressive ne peut être rattaché à la syphilis, et celle-ci ne doit être soupçonnée que dans les cas où existent les symptômes d'une lésion en foyer limitée dans son évolution. »

En écrivant ces lignes, M. Lancereaux a surtout en vue la paralysie générale progressive et l'ataxie locomotrice qu'on a voulu plus particulièrement rapprocher de la syphilis. Dans un travail que nous avons communiqué nous-même, il y a deux mois, à la Société de médecine de Paris, et qui sera prochainement publié dans les comptes rendus de cette Société, nous avons étudié les rapports entre l'ataxie locomotrice et la syphilis, et nous sommes arrivé aux mêmes conclusions que M. Lancereaux. Nous pensons avec lui que deux processus dont l'un se localise dans le système lymphatico-sanguin et produit des lésions circonscrites, en foyer, dont l'autre atteint primitivement l'élément nerveux et donne lieu à des lésions systématisées, à marche progressive, ne sauraient, de par les principes de la pathologie générale, être identifiés.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-HISTORIQUE

Si, en approchant de la fin du XIXe siècle, l'on peut constater, dans notre corporation médicale, un léger mouvement vers les choses de la littérature et de l'art, on doit remarquer aussi, et d'une manière plus prononcée encore, une sorte de renouveau pour les études historiques.

On a dit et répété bien des fois, depuis cinquante ans environ, que notre siècle serait appelé le siècle historique par excellence. En effet, on a plus que jamais la soif ou, disons mieux, la passion des documents authentiques. Cette passion a fini par gagner les médecins ; et vraiment il n'était pas trop tôt ; car leur indifférence en érudition était déplorable. Sans doute, il y avait des exceptions et dans notre confrérie on pourrait citer quelques membres qui ont été possédés de cette passion. Mais le nombre en était restreint. Et lorsqu'en 1832, parurent les œuvres complètes de Bichat, personne que je sache ne protestait en voyant que, dans le deuxième volume (1), les éditeurs, qui cependant s'appelaient Béclard, Blandin et Magendie, avaient supprimé en tête des *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, d'abord la dédicace à Hallé, ensuite la belle préface qui ouvre l'édition *princeps* de ce livre devenu pour ainsi dire classique.

Mais il était permis peut-être aux éditeurs d'alors de considérer ces préambules comme de vrais hors-d'œuvre Car on n'avait pas acquis à cette époque la profonde vénération que montrent nos érudits pour les moindres pages, les moind es lignes, les moindres corrections, les variantes les plus insignifiantes des écrivains dont on réimprime les œuvres. Puis enfin la figure de Bichat n'était pas encore entourée d'une auréole suffisamment brillante, sa gloire n'étant pas aussi indiscutable qu'aujourd'hui, les éditeurs d'il y a cinquante ans étaient excusables (2).

(1) Edition de J.-S. Chaudé, libraire-éditeur, Paris 1832, en 11 volumes.

(2) De nos jours on serait moins tolérant ; et cependant n'est-il pas pénible de constater que, dans tel livre de clinique magis-

— MM. Peter et Rochard, après tout ce qui a été dit avant eux, ont su donner encore de l'intérêt à la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Peter, avec un humour qui n'a pas nui à la thèse qu'il venait soutenir, a plaidé la cause de la médecine du bon sens : c'est celle qu'on ne saurait trop recommander aux praticiens.

M. Rochard a développé ce qu'on pourrait appeler le côté économique de la question. Il a montré, ou plutôt démontré, par une véritable opération d'arithmétique, que la vie humaine a un prix, une valeur exprimable en chiffres, que la maladie et la mort grèvent le budget, et qu'en diminuant, par des mesures d'hygiène publique, cette source de pertes ou de dépenses, on n'accomplit pas seulement une œuvre humanitaire, mais on fait acte de sage économie. Voilà une vérité qu'il faut faire entrer dans l'esprit des masses, mais surtout dans celui des hommes qui nous gouvernent et administrent nos finances. La ville de Paris dépense volontiers cent mille francs par an, sous le fallacieux prétexte d'améliorer la race chevaline, pour procurer une après-midi d'émotions et de plaisir aux Parisiens et à leurs hôtes. Pourrait-elle opposer une fin de non-recevoir quand il est question, non plus d'amuser, mais de protéger contre la maladie et la mort ces mêmes individus, quand il s'agit, dans son propre intérêt, de sauvegarder ce capital important que représente la vie d'un nombre plus ou moins considérable de citoyens ?

M. Rochard a eu l'heureuse idée de résumer son intéressante communication en quelques propositions, qu'on lira plus loin, et qui seront certainement votées par l'Académie, puis transmises aux pouvoirs publics. L'Académie aura fait son devoir : à l'autorité compétente de faire le sien.

D[r] F. DE RANSE.

CLINIQUE CHIRURGICALE

ARTHRITE CERVICALE. — LUXATION UNILATÉRALE DE L'ATLAS.

Leçon de M. le professeur DUBRUEIL à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier.

Suite et fin. — Voir les numéros 4 et 5.

Nous avons vu que, chez notre malade, la tête était non seulement immobilisée, mais déviée, inclinée à droite.

Cette inclinaison latérale est la règle dans les arthrites et les luxations atloïdo-axoïdiennes unilatérales. Rust, qui a étudié la position de la tête dans les arthrites de la partie supérieure du rachis, en est venu aux conclusions suivantes : la rectitude de la tête ou bien son inclinaison, soit en avant, soit en arrière, indiqueraient une tumeur blanche occupant symétriquement l'articulation similaire de chaque côté; au contraire, l'inclinaison latérale à droite ou à gauche dénoterait qu'un seul côté est pris. De plus, au début, l'inclinaison se ferait du côté opposé à la lésion et serait due au gonflement des os et de la synoviale. Plus tard, dans la dernière période de l'affection, l'inclinaison se ferait en sens inverse, c'est-à-dire que la tête pencherait du côté malade par suite de la diminution de volume des vertèbres lésées. Ces vues théoriques ne sont pas toujours d'accord avec l'observation. Ici elles se sont trouvées vraies pour la période ultime de la maladie ; la tête était penchée du côté malade, le droit. L'atlas était incliné de haut en bas et de gauche à droite, la luxation avait produit une sorte de chevauchement. Mais le malade a affirmé que jamais la tête n'avait été inclinée du côté opposé.

Dans ces inclinaisons de la tête, il y a deux éléments dont il faut tenir compte : d'une part l'état des parties articulaires, et d'autre part les contractures musculaires instinctives ou réflexes.

Chez notre malade, nous avons bien constaté à la région de la nuque une saillie produite par l'apophyse épineuse de l'axis, mais nous n'avons pas trouvé de tumeur due soit à des fongosités, soit à l'inflammation chronique, à l'induration du tissu cellulaire, ou enfin à des abcès ossifluents. La lésion originelle dans ce cas paraît avoir consisté en une ostéite qui, au niveau des surfaces articulaires de l'articulation atloïdo-axoïdienne droite, a pris la forme ulcéreuse et a suffisamment déformé les os pour permettre la luxation.

On peut, sur certains malades, en imprimant à la tête quelques mouvements de latéralité, percevoir de la crépitation ; mais cette manœuvre est toujours fort dangereuse, et nous nous sommes bien gardés de la pratiquer. Du reste, l'état des surfaces articulaires, l'une ankylosée, l'autre saine, n'aurait pas permis la production de la crépitation.

De plus, on observe encore des phénomènes à distance. La compression du pneumogastrique peut être une nouvelle cause de gène respiratoire et de troubles circulatoires.

Réveillé-Parise lui-même, quatorze ans plus tard, lorsqu'il publiait son édition, hélas restée la meilleure et la plus complète, des Lettres de Guy-Patin, Réveillé-Parise ne trouva que quelques critiques, et encore ces critiques ne vinrent-elles pas du corps médical, puisque c'est de Lamennais, de Sainte-Beuve, de Charles Nisard qu'elles ont émané.

Maintenant on serait plus difficile ; nous avons changé tout cela. Ainsi, lorsque M. Charles Richet traduit l'ouvrage de Harvey sur la Circulation du sang (1), ne manque pas de nous livrer dans toute sa platitude, la dédicace au *sérénissime et invincible Charles, roi de Grande-Bretagne, de France et d'Hybernie, défenseur de la foi.* Et nous approuvons M. Richet de nous faire connaître l'homme et les mœurs de l'époque en même temps que l'œuvre du médecin de Jacques I[er] et de Charles I[er].

Ce mouvement vers les travaux d'érudition s'accuse d'ailleurs de diverses façons.

Voyez, par exemple, ce qui se passe à la Faculté de Paris.

D'un côté, depuis qu'une chaire d'histoire de la médecine a été créée, outre les publications des aspirants à cette chaire, publications souvent provoquées par le fait même de la candidature, outre les études qui ont constitué le fond des leçons de chacun des professeurs qui se sont succédé dans cette chaire, Daremberg, Lorrain, MM. Parrot, Auguste Ollivier et Laboulbène, il y a eu quelques thèses d'érudition soutenues pour obtenir le grade de docteur. Je signalerai, entre autres, le travail du docteur Jules

trale, on néglige d'indiquer aux lecteurs les passages ajoutés par la main de tel ou tel disciple pour tenir le livre au courant de la science. En sorte qu'un professeur, mort depuis dix-huit ou vingt ans, semble, dans des chapitres qui conservent l'allure des leçons parlées, exposer des recherches d'hier ou d'avant-hier, et fait l'éloge du docteur X... ou du docteur Y..., qu'il ne connut jamais. Je sais bien que mon reproche tombe plutôt sur les libraires, qui veulent tirer tous les bénéfices de leur propriété que sur l'annotateur ou le continuateur, mais cela n'en est pas moins pénible.

(1) HARVEY. La circulation du sang. — Les mouvements du cœur chez l'homme et les animaux. — Deux réponses à Riolan ; traduction française avec une introduction historique et des notes, par Ch. Richet. — 1 vol. in-8°. — Paris, G. Masson, 1879.

Nous avons en à constater nne paralysie des quatre membres, mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans un certain nombre de cas de mal de Pott cervical, on observe la paralysie des membres supérieurs, les inférienrs conservant leur motilité. Différentes explications de ce phénomène ont été proposées. Tout d'abord on a pensé que c'était les nerfs, et non la moelle, qui étaient le siége de la compression. Cette théorie ne peut être vraie que pour un très petit nombre de cas. Plus tard, Brown-Séquard vint donner de ces faits une toute antre interprétation; suivant lui, les tnbes nerveux moteurs correspondants aux membres supérieurs seraient dans la moelle placés plus en avant que ceux qui vont fermer les racines des nerfs des membres inférieurs. De cette disposition il pourrait résulter que les premiers fussent senls comprimés, les seconds restant indemnes.

Il peut enfin exister d'antres paralysies spinales limitées aux membres supérieurs et n'étant pas dues à la compression; elles sont le résultat d'une affection primitive de la substance grise des cornes antérieures. L'origine de ces diverses espèces de paralysies des membres supérieurs pent être diagnostiquée. Ainsi, dans le cas où la compression ne porte que sur les nerfs, on observera de vives douleurs périphériques; la contractilité électrique sera diminuée, tandis que la sensibilité électrique sera augmentée; à ces phénomènes peuvent s'ajouter la contracture et l'atrophie musculaire. Enfin l'anesthésie et la disparition des mouvements réflexes peuvent survenir en dernier lieu, la compression continuant ses progrès.

Si la paralysie est due à la compression des conducteurs allant aux membres supérieurs, qui seraient seuls lésés en raison de leur position supposée plus superficielle, la contractilité électrique persistera; il en sera de même des mouvements réflexes qui pourront même être exagérés. On n'observera pas d'anesthésie. Enfin, dans les cas où la paralysie serait due à une lésion primitive des cellules des cornes antérieures, on verrait les muscles s'atrophier, les mouvements réflexes disparaître, tandis que la sensibilité persisterait.

Ce qu'il y a de positif, c'est que la sensibilité est ordinairement paralysée assez longtemps après le mouvement. On voit même des malades qui, atteints d'une paralysie complète de la motilité, conservent jusqu'à la mort une sensibilité intacte. Pour rechercher l'état de la sensibilité, il ne faut pas se contenter de piquer avec une épingle, ni de pincer avec les doigts les parties que l'on explore. Il est bon de recourir à l'emploi de l'esthésiomètre. Après la perte de la sensibilité tactile arrive celle de la sensibilité à la chaleur. Enfin, mais en troisième lieu seulement, disparaît la sensibilité à la douleur.

Je n'ai pas besoin, je le suppose, d'insister pour graver dans votre esprit tont le danger que comporte le pronostic. Les lésions du rachis ont une gravité d'autant plus grande qu'elles siégent sur un point plus élevé, et que partout elles peuvent entraîner la compression de parties plus voisines du bulbe. *A fortiori* sont-elles redoutables lorsqu'elles peuvent produire la compression du bulbe lui-même.

La mort arrive lentement on brusquement. Dans ce dernier cas, elle est le résultat d'une compression brusque ou d'une augmentation brusque de la compression de la moelle. Quelquefois, comme chez notre malade, la natnre montre des tendances curatives. Vous avez pu constater que chez lui le travail pathologique du côté des os et des articulations était enrayé, et qu'il s'était formé une ankylose; malheureusement la compression de la moelle était trop forte pour que la mort n'en fût pas le résultat.

Le traitement peut avoir une certaine efficacité, mais surtout lorsque la maladie est prise au début. Le voici en deux mots: médication générale appropriée, révulsifs à la nuque, application d'un appareil propre à immobiliser la tête et le cou, et au besoin à permettre de tenter le redressement dans une certaine limite. Les minerves peuvent remplir cette double indication; mais si l'on se décide à faire des tentatives de redressement, on ne doit pas onblier qu'il faut les conduire avec la plus extrême prudence. En tout cas, je ne vous recommanderai pas la pratique préconisée par Van-Swieten, lorsqu'il dit: « *Si vero lentius accreverit* hoc *malum, restitui* » *sensim solent vertebræ, si laqueo qui mentum atque occipi-* » *tium sustinet, suspendantur quotidie juniores tali morbo* » *afflicti: sic enim pondere corporis in rectum deducitur* » *spina, et feliciter sæpe curantur.* » (Van Swieten, com. Boerh § 818: *De angina convulsiva.*)

Quand on ne cherche qu'à immobiliser la tête et le cou, on peut se servir soit d'un appareil inamovible embrassant le crâne et la partie supérieure du thorax, soit d'un collier en cuir moulé.

Geoffroy sur l'*Anatomie et la physiologie d'Aristote* (1), plus récemment la thèse du docteur O. Guillier, consacrée à l'*Histoire de l'hôpital Notre-Dame-de-Pitié de Paris* (1612–1882,2), et destinée à faire pendant aux études historiques du professeur Laboulbène, parucs ici même (3), sur l'hôpital de la Charité.

D'un autre côté, la bibliothèque de la Faculté est un autre foyer de production de travaux historiques. Qu'il me suffise de rappeler les dernières recherches de M. Chereau spécialement sur Michel Servet; le livre en cours de publication de M. Corlieu sur les Médecins grecs (3), depuis la mort de Galien jusqu'à la chute de l'Empire d'Orient (410—1450); les études de M. Thomas (4) sur la médecine dans Macrobe, les notices biographiques de M. Hahn (1), etc. Sans compter les autres bibliothèques et, en particulier, celle de l'Académie de médecine, où MM. Briau et Dureau continuent de travailler avec fruit.

Enfin, si nous n'en sommes pas encore à posséder en France une Revue exclusivement consacrée à l'histoire et à la géographie médicales comme en Allemagne où les frères Rohlfs publient depuis 1878, à Leipzig, leurs *Archives* (2), du moins les recherches historiques ont fait leur entrée jusque dans les recueils les plus spéciaux. Ainsi M. Turner donne, dans les ANNALES DE DERMATOLOGIE, des études intéressantes sur les premiers livres traitant de la syphilis et sur les premiers syphiligraphes. Ainsi encore, dans les ANNALES DES MALADIES DES OREILLES ET DU LARYNX, M. J.-A. Adjutor Rattel, publie des notes d'histoire sur la vie et les travaux de nos vieux maîtres en otologie.

Puis des travailleurs isolés produisent des mémoires un peu partout.

(1) Paris. 1878, in-8o. — Vve F. Henry.
(2) Paris. 1882. — Voir la GAZETTE DES HOPITAUX de juin et juillet.
(3) GAZETTE MÉDICALE de 1878.
(3) PARIS-MÉDICAL, 1882—1883.
(4) ABEILLE MÉDICALE, 1882.

(1) DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES.
(2) DEUTSCHE ARCHIV. FÜR GESCHICHTE DER MEDICIN UND MEDIZINALISCHE GEOGRAPHIE.

CHIRURGIE PRATIQUE

De la valeur comparée de l'élongation, de l'arrachement et de la névrectomie dans le traitement de la névralgie sous-orbitaire rebelle. — (Rapport fait à la Société de chirurgie a propos d'une communication du docteur Blum), par M. S. Pozzi.

Je viens, au nom de la commission que vous avez nommée à cet effet, vous présenter un rapport sur une communication de M. Blum, candidat à la place de membre titulaire ; elle a trait à l'un des sujets sur lesquels il a le plus particulièrement fixé son attention, et qu'il a beaucoup contribué à vulgariser parmi les chirurgiens français : le traitement chirurgical des névralgies. Cependant, ce n'est pas comme dans ses communications précédentes, d'*élongation* que vient nous entretenir M. Blum, mais d'un procédé nouveau : « jusqu'à ce jour », nous dit-il, « les moyens employés étaient la névrotomie, la névrectomie, l'élongation ; j'y ajoute l'*arrachement*. »

Avant d'apprécier la valeur et la nouveauté de cette méthode opératoire, il convient de vous rapporter le fait qui sert de base au travail de M. Blum.

Obs. — Une femme âgée de 68 ans, de bonne santé, vit survenir, il y a quinze ans, sans cause connue, une névralgie occupant tout le côté gauche de la face. Au début, les crises ne survenaient qu'au printemps et en automne ; mais, dans ces dernières années, elles ne laissaient aucun repos à la malade. Les douleurs occupent le côté gauche de la face. Elles sont sourdes, profondes, continues et deviennent plus intenses lorsque la malade fait mouvoir les joues. Outre cette douleur continue, il survient dans le courant de la journée, soit spontanément, soit sous l'influence d'un mouvement (mastication, éternuement), des crises ou accès très violents et parfois tellement nombreux qu'ils se succèdent sans interruption et ne laissent aucun repos à la malade.

La malade rapporte le centre de cette douleur à la région molaire ; de là, elle s'irradie vers le nez, l'œil, le menton, la tempe ou le front, sans présenter aucune régularité dans ces diverses irradiations. Ces douleurs sont accrues par le plus léger contact, et donnent lieu aux convulsions les plus bizarres et les plus variées des muscles de la face. Pendant ces crises, on note du côté malade une sécrétion plus abondante de larmes, de salive, de mucus nasal. A ce moment également, l'œil gauche perd de son acuité visuelle.

La durée des crises varie entre une et quinze minutes. La sensibilité du côté gauche de la face ne semble atteinte dans aucun de ses modes. Il faut dire toutefois que cette exploration est rendue difficile, car un contact léger amène presque toujours une crise douloureuse. Une pression plus forte fait reconnaître l'existence d'un point douloureux principal au niveau de la sortie du sous-orbitaire et d'autres points accessoires, sus-orbitaire, nasal, labial, palatin.

Le côté droit est un peu hyperesthésié, mais il n'existe pas de point douloureux nettement circonscrit.

La malade a épuisé tous les traitements internes habituellement employés, et a refusé de se soumettre à de nouveaux essais. Elle s'est successivement, mais en vain, fait arracher *toutes* les dents de la mâchoire supérieure.

Le 15 octobre dernier, après avoir chloroformé la malade, je pratique à un travers de doigt au-dessous du rebord orbitaire, et parallèlement à lui, une incision de deux centimètres environ. Le nerf est chargé sur une sonde cannelée, et, après l'avoir alternativement attiré dans divers sens pour le dégager de ses adhérences, je le tirai violemment en dehors pour le briser. La rupture a lieu à différents niveaux, car en sectionnant le nerf au niveau de sa pénétration dans les parties molles, je trouvai une partie du nerf, mesurant 20 millimètres, et d'autres faisceaux ayant 26 millimètres de longueur. Le nerf ne présentait aucune altération visible ni à l'œil nu, ni au microscope. L'artère sous-orbitaire, volumineuse, donna un écoulement sanguin assez abondant, et qui dut être arrêté par une ligature.

Aussitôt après son réveil, la malade annonce la disparition des douleurs, qui, depuis cette époque, n'ont plus reparu.

Les suites de l'opération furent des plus bénignes, et la malade quitta l'hôpital ayant seulement au niveau de la partie moyenne de la lèvre supérieure, une zone anesthésique de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

Le travail de M. Blum vous a été présenté le 22 février 1882. A supposer que la malade ait été revue par l'opérateur immédiatement auparavant, cela ne fait encore qu'une période de quatre mois pendant laquelle la guérison a été constatée.

Ce procédé est-il nouveau ?

Oui, s'il suffit pour lui donner ce caractère qu'il ait été employé intentionnellement, au lieu d'être un simple incident opératoire de l'élongation. Non, dans le cas contraire. Mais hâtons-nous de le dire, la rédaction de M. Blum ne laisse planer aucun doute sur ce point : « Je tirai le nerf violemment en

---

Disons un mot de quelques publications récentes qui se rapportent le plus directement à l'histoire de la médecine.

I. Voici d'abord un mémoire important du professeur de clinique obstétricale de la Faculté de Nancy, de M. F. J. Herrgott, sur Soranus d'Ephèse considéré comme accoucheur (1). On n'ignore pas que le *Traité des maladies des femmes de Soranus* dont le manuscrit venait d'être découvert par un jeune savant de Kœnigsberg, le regretté F.-R. Dietz, mort à 31 ans, n'a été publié qu'en 1838 par Lobeck. Commenté successivement par Hœser et par Isid. Pinoff, ce traité fut traduit en latin par le savant helléniste hollandais, le docteur Ermerins (2). Tout en exprimant le désir de voir paraître une traduction *in extenso* de l'œuvre du médecin d'Ephèse, M. Herrgott, dans son consciencieux mémoire, s'est contenté de « détacher de l'œuvre gynécologique de Soranus ce qui se rapporte directement à l'obstétricie, afin de montrer ce qu'était cette branche de notre art au premier siècle, et quels sont les droits de Soranus aux perfections de la version podalique. »

En regard de sa traduction, M. Herrgott a reproduit, sous forme de tableau synoptique, le texte de Moschion, celui d'Aétius et celui de Paul d'Egine dans la partie correspondant au sujet. De cet examen comparatif, M. Herrgott a fait ressortir nettement :

Que, dès le premier siècle de notre ère, l'obstétricie, telle qu'elle est représentée dans les écrits de Soranus, avait atteint une grande perfection, qui se perdit bientôt et ne reparut qu'après une longue série de siècles ;

Que le traité de Soranus a été fait pour les médecins, tandis que le traité de Moschion, qui est postérieur au précédent, a été écrit pour les sages-femmes. Soranus doit donc être regardé comme le plus habile accoucheur de l'antiquité ; car Aétius et Paul d'Egine n'ont été que des échos de plus en plus affaiblis de la voix de Soranus.

Quant à l'histoire de la *version podalique*, on peut dire, d'après M. Herrgott :

(1) Soranus d'Ephèse, accoucheur. *Contribution à l'étude de la version podalique* (Extrait des Annales de gynécologie). Paris, Lauwereyns, in-8 1882.

(2) Utrecht, 1869. Voir, dans la Gazette médicale, les articles de M. Guardia, 1869, p. 587-603. 1870, p. 443.

dehors *pour le briser*, écrit-il.» Il ne s'agit donc pas ici (la médecine opératoire compte plus d'nn exemple de ce genre), d'un fait fortuit érigé, ensuite en règle par le chirurgien qui a pu en constater soit l'ntilité, soit même simplement l'innocuité.

J'ai trouvé deux cas récents où l'arrachement de l'extrémité terminale d'nne des branches du trijnmeau a été opérée, et où le procédé nouveau de M. Blnm a été ainsi mis en usage avant qu'il ne l'eût érigé en principe. En y joignant un cas de M. Monod, notre collègue, nous arrivons même an chiffre de trois observations; mais bien que le fait anquel a trait ce dernier *arrachement* ait été publié, le petit accident opératoire qui a accompagné l'élongation a été jngé de si médiocre importance qu'il n'est même pas consigné dans le texte imprimé (1). Je tiens donc le détail de M. Monod lui-même. Nnl doute que pareil silence n'ait été gardé sonvent en pareil cas, et que, si les observations étaient plns minntieusement rédigées, nous n'eussions à enregistrer nn nombre bien plns grand d'*arrachements* dans l'élongation des extrémités terminales des nerfs de la face. Quoi qu'il en soit, voici l'indication des trois cas :

1o *Arrachement du frontal externe à la suite de son élongation*, par le professeur Panas (2). Il s'agissait d'une névralgie des deux premières branches du trijumeau avec blépharospasme. Les nerfs sus et sous-orbitaires furent élongés. « Le nerf frontal externe, est-il dit, est soulevé sur nn crochet à strabisme, tiraillé à plusieurs reprises, assez fortement, *si bien qu'il cède à la tracton...* Le frontal interne est également découvert, tiraillé, *mais non rompu.* » Guérison suivie pendant deux mois seulement.

2o *Arrachement du nerf sous-orbitaire à la suite de son élongation*, par le docteur Badal (3). « La traction portée jusqu'à 4 kilogr., (l'opérateur avait soin de mesurer la force employée avec un petit dynamomètre), produit la *rupture* du nerf dont on résèque 4 centimètres. Pas de soulagement, bien que cette rupture ait produit une anesthésie de l'aile du nez, de la moitié droite de la lèvre supérieure et de la portion correspondante de la muqueuse buccale. »

(1) *De l'élongation des nerfs*, par F. Scheving, thèse de Paris, 1881 p. 25 observation 1.
(2) ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE, 1881, p. 386.
(3) GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX, 1881, nos 47 49 et 51.

Enfin, nous plaçons à la suite de ces deux faits publiés l'observation de M. Monod, incomplètement relatée dans la thèse de F. Scheving, et qui devrait porter ce titre :

3o *Arrachement du frontal externe à la suite de son élongation*, pour un tic doulonreux de la face. L'amélioration, d'abord très grande, dura à peine une douzaine de jonrs. L'opération avait été pratiquée le 28 décembre 1880, et dès la fin du mois de janvier 1881 (un mois après), les douleurs étaient revennes très vives et l'anesthésie qui avait suivi l'opération avait disparu; donc insnccès presque complet.

En résnmé, ces trois cas d'*arrachement* joints à celui de M. Blum nous fournissent les éléments suivants pour juger la méthode :

a. Arrachement dn sons-orbitaire, deux faits (Badal, Blum): un insnccès complet, un snccès suivi pendant quatre mois.

b. Arrachement du frontal externe, deux cas (Panas, Monod): un insnccès à pen prés complet, une guérison suivie pendant deux mois.

Ces chiffres n'ont pas besoin de commentaires; mais il serait excessif d'y voir les éléments suffisants d'une statistique et d'affirmer, d'après eux, que dans l'*arrachement* la proportion des insuccès est de 50 pour 100. En somme, comme nous l'avons déja dit, il n'y a pas une différence bien grande entre l'élongation simple et l'élongation suivie d'une rupture ou *arrachement*, et l'une vaut sans doute autant que l'autre.

Nous possédons même des données très exactes sur la force de traction nécessaire pour amener l'arrachement du nerf sous-orbitaire sur le vivant. Elles sont renfermées dans le mémoire du docteur Badal, déjà cité; cet opérateur a mesuré la force qui a amené la rupture et l'a trouvée de 4 kilogrammes; dans une observation précédente, il avait porté à 2 kilogr. 1/2 la traction sur le même nerf chez une autre malade, et avait ainsi amené son allongement de 3 centimètres, mais sans le rompre. Le chiffre est sans doute sujet à quelques variations individuelles; ainsi, dans ses expériences sur le cadavre, Trombetta (1) donne un chiffre un peu plus fort pour le sous-orbitaire — 5 kilogr. 477 gr. — tandis qu'il faudrait seulement, d'après lui, 2 kilogr. 720 gr. pour rompre le sus-orbitaire et 2 kilogr. 402 gr. pour rompre le mentonnier. Ces indications s'ap-

(1) *Sullo stiramento delli nervi.* — Messina, 1880.

— Que, si Celse a recommandé la version sur les pieds de l'enfant mort, Soranus est le premier qui ait recommandé de faire la version sur les pieds pour faire l'extraction de l'enfant vivant, puisque la présentation par les pieds est la moins vicieuse des présentations anormales, affirmant qu'en agissant ainsi il avait sauvé un grand nombre d'enfants. De plus il a spécifié mieux que ses devanciers les cas où la version sur les pieds doit être faite et décrit la manière de pratiquer cette opération.

Le mémoire de M. Herrgott, on le voit, est d'une très haute importance. A chaque page on est surpris et à la fois heureux de rencontrer unie au jugement du praticien le plus éclairé, l'érudition la plus complète, la plus vaste et la plus sûre.

Dr ALBERTUS.

(A suivre).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un concours pour huit places d'aide d'anatomie s'ouvrira le 9 avril prochain, à midi, pour les candidats nommés entrer en fonctions le 1er octobre 1883. La durée des fonctions est de trois années. Le registre d'inscription restera ouvert au secrétariat de la Faculté, du 5 mars au 5 avril inclusivement, tous les jours de midi à trois heures. Tous les élèves de la Faculté sont admis à y prendre part.

— Le concours pour la nomination à deux places de prosecteur s'ouvrira le 16 mars prochain à midi. Sont seuls admis à y prendre part les aides d'anatomie. Le registre d'inscription est ouvert tous les jours de midi à trois heures, du 15 février au 8 mars. Les prosecteurs sont nommés pour quatre ans, ils entreront en fonctions le 1er octobre prochain.

* * *

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Un concours pour une place de professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle s'ouvrira le 1er juin prochain. Les candidats devront s'inscrire avant le 1er mai, *délai de rigueur*, au secrétariat des écoles d'enseignement supérieur à Alger.

* * *

pliquent à la rupture provoquée par une traction lentement progressive ; on comprend très bien que des tiraillements brusques, tels que ceux qu'on exécute sur le vivant pour pratiquer l'élongation, amènent l'arrachement sous un moindre effort. Combien n'est-il pas, dès lors, facile de la produire involontairement ! Une traction de 4 kilogrammes demande en effet un assez faible déploiement de force musculaire de la part du chirurgien. Rappelons, comme terme de comparaison, que M. Gillette conseille d'aller jusqu'à 18 et 20 kilogrammes pour le nerf sciatique.

Quelles sont donc les raisons qui font que M. Blum attache tant d'importance à l'arrachement accompli de propos délibéré ? Voici comment il s'exprime :

« L'élongation du nerf sous-orbitaire n'a été faite, à ma connaissance, que trois ou quatre fois. Pour ce nerf spécialement, dont la destruction n'entraîne aucun trouble sérieux dans l'économie, je ne vois pas quel avantage il y a à tenter une opération comme l'élongation dont on ne connaît pas encore le mode d'action.

« Suppression et destruction du nerf le plus près possible de sa pénétration dans le canal sous-orbitaire, et cela sans faire courir au malade aucune chance de complication opératoire, tel est le résultat que je pense qu'on peut obtenir par l'arrachement du nerf.

« Les expériences faites sur le cadavre m'ont démontré que lorsqu'on mettait à nu le nerf sous-orbitaire au niveau de sa sortie du canal, lorsqu'on avait soin de bien l'isoler des parties voisines et de le détacher avec le doigt des adhérences qui le fixent à l'orifice extérieur, on pouvait, par des manœuvres lentes et progressives, arriver à l'arracher de façon que la solution de continuité se fît à une distance du rebord osseux de 10 à 30 millimètres. Je me hâte de dire, ajoute judicieusement M. Blum, que ces expériences sont loin d'être concluantes, car elles ont été faites sur des sujets injectés à Clamart et naturellement plus ou moins longtemps après la mort. »

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

L'iodoforme en Italie.

Dans une revue précédente sur le même sujet nous avons parlé de l'emploi chirurgical de l'iodoforme en Italie. Nous voulons aujourd'hui résumer les principaux résultats qui ont été obtenus de l'emploi *interne* de ce médicament.

Semmola, Rummo, Ciavamelli, Bufalini ont prescrit l'iodoforme dans les affections chroniques des voies respiratoires. Semmola, qui figure ici à la tête, est réellement le premier qui s'est servi de ce médicament dans la broncho-alvéolite et, disons-le tout de suite, avec de très beaux succès.

Ce savant professeur l'a donné par la voie stomacale, pensant que l'élimination devait se faire par la muqueuse de l'appareil respiratoire. En effet, l'expectoration devient moins abondante, la fièvre diminue, la toux devient moins fatigante, et l'état général s'améliore de beaucoup ; ces résultats ont été communiqués au Congrès international d'Amsterdam.

Rummo, lui aussi, a employé l'iodoforme dans les affections pulmonaires et il en a fait connaître les résultats dans un travail important publié tout dernièrement. Partant de cette donnée que le chimisme intraorganique de l'iodoforme est très peu connu parce que l'on ne sait si l'iodoforme dans nos tissus ne donne pas naissance à de l'iode naissant (Binz-Müller) ou s'il est éliminé en partie tel quel (Semmola), ou bien s'il forme dans le sang des combinaisons iodo-organique (Hogyes), ce clinicien a le premier introduit les inhalations des vapeurs d'iodoforme et les pulvérisations d'essence de térébenthine iodoformisée en solution de 4 sur 100.

Pour lui, l'essence de térébenthine accentue l'action de l'iodoforme pendant que ce dernier, avec ses propriétés anesthésiques, réduit à néant les propriétés irritantes de l'essence de térébenthine, et la rend plus facile à être inspirée.

Le traitement, qui a été institué dans un bon nombre de cas de différentes lésions respiratoires (l'asthme nerveux et la coqueluche compris) à la dose de 0 gr. 20 à 1 gr. d'iodoforme en trois séances par jour, a donné les résultats suivants :

1o Diminution dans les accès de toux ;

2o Diminution de l'expectoration jusqu'au cinquième et davantage ;

3o Râles moins étendus, murmure respiratoire moins rude et plus énergique ;

4o Les malades, après l'inhalation, sont plus tranquilles, moins agités et sont pris d'un doux sommeil ;

5o La température tombe et quelquefois devient normale ;

6o La quantité d'urée varie parallèlement avec les oscillations de la fièvre sans toutefois subir une influence directe par l'iodoforme ;

7o Le poids du corps augmente ;

8o Les sueurs localisées diminuent et quelquefois disparaissent ;

9o Dans l'asthme et la coqueluche, les accès de dyspnée et de toux deviennent moins fréquents ;

10o Le médicament employé de cette manière agit plus vite que par voie stomacale et ne donne pas, en conséquence, des troubles digestifs d'intolérance.

Voici, en quelques mots, les effets physiologiques de la substance quand on l'emploie en inhalations : *(a)* Action anesthésique sur les terminaisons nerveuses sensitives du pneumogastrique ; *(b)* action locale modificatrice et desséchante ; *(c)* action antiseptique.

On remarque que ces deux dernières propriétés se rencontrent aussi dans l'essence de térébenthine.

L'auteur a trouvé comme tant d'autres (Moleschott, Marcus, etc.), et cela est très important, des traces d'iode dans l'urine comme aussi de l'iodoforme.

M. le professeur Moleschott emploie l'iodoforme dans les affections organiques du cœur et surtout dans la période asystolique de l'insuffisance mitrale. L'auteur a pu constater le renforcement compensateur du muscle cardiaque et conséquemment la disparition des troubles circulatoires. Chez les malades atteints de diabète sucré et soumis à un traitement de 10—40 centigrammes d'iodoforme par jour, l'auteur a pu également constater une action favorable et une diminution du sucre.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 février 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

PHYSIOLOGIE ANIMALE. — DU ROLE TONIQUE ET INHIBITOIRE DES GANGLIONS SYMPATHIQUES. ET DE LEUR RAPPORT AVEC LES NERFS VASO-MOTEURS. Note de MM. DASTRE et MORAT, présentée par M. Paul Bert.

On a proposé beaucoup d'hypothèses pour expliquer le mécanisme de cette catégorie d'effets nerveux, chaque jour plus nombreux, connus sous les noms d'*inhibition*, *action d'arrêt*, *action modératrice ou suspensive*. Les nerfs vaso-dilateurs offrent un type remarquable de cet ordre de nerfs dont l'excitation provoque la détente et le relâchement d'un organe et le fait rentrer à l'état de repos. On a supposé que ces nerfs exerçaient sur les muscles annulaires des vaisseaux une action élongatrice directe (Schiff, Grünhagen), supposition incompatible avec la seule donnée positive que l'on possède sur la physiologie de l'élément musculaire dont on ne connaît qu'un seul mode d'activité. le raccourcissement On a pensé, et cette fois la supposition est inexacte, que ces nerfs feraient contracter des muscles longitudinaux (Duchenne de Boulogne). On a fait intervenir, tout aussi vainement, la contraction des parois des veinules et l'exagération des contractions autonomes (Onimus). Enfin, Prochaska, Brown-Séquard et H. Weber ont admis que l'action primitive des nerfs dilatateurs, au lieu de porter sur la tunique vasculaire, s'exerçaient primitivement sur les éléments anatomiques circonvoisins.

L'expérience a écarté ces théories et prouvé que le nerf d'arrêt vasculaire ne s'adresse directement ni aux muscles du vaisseau, ni aux tissus voisins. Par voie d'exclusion on est contraint de supposer qu'il agit sur l'appareil nerveux actif des vaisseaux, c'est-à-dire sur les nerfs constricteurs. D'autre part, la Physiologie générale ne permet de concevoir l'action d'un filet nerveux sur un autre que grâce à l'entremise de la cellule nerveuse. Les amas cellulaires, ganglions périphériques des trois plexus qui enlacent et pénètrent les tuniques artérielles ont donc, entre autres fonctions, celle de mettre en rapport les nerfs dilatateurs avec les constricteurs, de manière à en permettre le conflit. Ces dans ces ganglions périphériques que naît et s'engendre l'action inhibitoire, l'*interférence nerveuse* (Cl. Bernard). Ajoutons que le développement de ces neurocytes dans une région déterminée devient un indice de l'abondance des filets dilateurs dans cette région. Leur extension générale à tous les départements de l'organisme était, par avance, une indication de l'existence universelle des nerfs vaso-dilatateurs.

L'état actuel de la Physiologie rend ces conclusions légitimes; néanmoins l'expérimentation n'avait pas vraiment saisi et démêlé dans une masse ganglionnaire isolée le rapport des deux éléments vaso-moteurs antagonistes. Nos recherches viennent combler cette lacune.

1° Le ganglion cervical inférieur et surtout le ganglion premier thoracique exercent, sur les vaisseaux de diverses régions de la tête (spécialement de l'oreille), une action tonique manifeste. On peut mettre en évidence cette excitation constrictive en comparant les résultats de la section de la chaîne sympathique, en amont et en aval de l'anneau de Vieussens;

2° Cette action tonique est renforcée par des nerfs constricteurs venus de la moelle avec les racines des 3e, 4e et 5e paires dorsales et les rameaux communiquants qui leur correspondent. L'excitation de ces filets resserre les vaisseaux auriculaires, preuve que les éléments constricteurs y prédominent sur les antagonistes, à moins qu ils ne les excluent. D'autre part, ces mêmes ganglions reçoivent des 8e paire cervicale, 1re et 2e dorsales, des éléments dilatateurs qui dominent leurs antagonistes, car l'excitation de ces racines et de leur *rami communicantes* dilate les vaisseaux auriculaires. Nous avons démontré ailleurs la réalité du mélange des nerfs antagonistes, fibre à fibre, dans les mêmes cordons nerveux mixtes (cordon cervical);

3° Que deviennent ces nerfs inhibitoires en arrivant dans les ganglions? L'expérience suivante indique qu'ils s'y terminent et s'y perdent, au moins en partie. L'excitation en masse du cordon sympathique immédiatement au-dessous du ganglion stellaire produit habituellement la vaso-dilatation; tandis que l'excitation pratiquée au-dessus du ganglion cervical inférieur provoque habituellement la constriction.

Ces épreuves nous montrent dans les ganglions sus-nommés des centres toniques vasculaires et des centres d'interférence ou d'inhibition. Nous voyons, par exemple : 1° un amas ganglionnaire extra-médullaire, le ganglion premier thoracique, se comporter comme un centre tonique, d'où partent des filets constricteurs des vaisseaux; 2° des éléments constricteurs se rendre de la moelle à ce cen re et en renforcer l'activité; 3° des éléments antagonistes des précédents, capables d'en enrayer et d'en suspendre l'énergie, naître de la moelle et aboutir au ganglion où s'exercera leur faculté inhibitoire.

Cet exemple n'est pas isolé. En étudiant les vaso-dilatateurs du membre inférieur, nous montrerons prochainement que les ganglions second et troisième lombaire de la chaîne abdominale semblent se comporter également comme des centres toniques et inhibitoires.

On retrouve ainsi, réellement, dans les ganglions volumineux de la chaîne sympathique, les propriétés que l'on supposait exister dans les amas ganglionnaires de la périphérie. En éclairant la physiologie de ces masses nerveuses, l'expérience les rapproche les unes des autres et fait comprendre l'unité de ce système à travers les différences de volume et de situation de ces ganglions.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — RECHERCHES SUR LE ROLE DE L'INHIBITION DANS UNE ESPÈCE PARTICULIÈRE DE MORT SUBITE ET A L'ÉGARD DE LA PERTE DE CONNAISSANCE DANS L'ÉPILEPSIE. Note de M. BROWN-SÉQUARD.

.... La définition que j'ai donnée de l'inhibition, dit l'auteur, montre que c'est à un acte inhibitoire, provenant de la transmission à tout l'encéphale de l'irritation bulbaire, que nous devons attribuer la perte des activités et des fonctions du grand organe intra-crânien. Dans ce cas, conséquemment, nous voyons la perte de connaissance, l'anesthésie, la paralysie, l'amaurose, survenir par inhibition. En est-il ainsi dans d'autres cas? C'est ce que je vais essayer d'établir pour l'une de ces manifestations morbides, la perte de connaissance dans l'attaque d'épilepsie, laissant de côté pour aujourd'hui la production de ce phénomène dans l'apoplexie, dans le sommeil et d'autres circonstances encore. On sait que j'ai trouvé que cette affection peut presque toujours être produite chez certains animaux, par certaines lésions des nerfs spinaux ou de la moelle épinière. On sait aussi que je puis à volonté, chez ces animaux devenus épileptiques, donner lieu à l'attaque. J'ai ainsi pu, chez eux, faire les recherches suivantes, à l'égard de la perte de connaissance. Choisissant des individus chez lesquels la maladie avait acquis une intensité exceptionnelle, j'ai mis à nu le cerveau et j'ai pu voir quelquefois que les vaisseaux de la pie-mère se contractaient au début de l'attaque en même temps que la connaissance se perdait. J'ai cru longtemps que la perte de connaissance, dans ces cas, comme chez l'homme atteint de petit-mal ou d'épilepsie totale, dépendait entièrement de la contracture vasculaire dont j'avais constaté l'existence. Mais j'ai trouvé depuis que ce symptôme est essentiellement et primitivement dû à une cause plus efficace. C'est celle qui produit aussi la perte de l'activité intellectuelle dans l'espèce de mort dont j'ai parlé. En effet, j'ai pu produire l'attaque convulsive avec perte complète de connaissance chez des animaux ayant eu les deux nerfs grands sympathiques

coupés au cou et chez lesquels conséquemment la circulation n'a pu être arrêtée. En outre, la connaissance se perd quelquefois trop rapidement après l'irritation de la zone cutanée épileptogène pour qu'on puisse voir là l'effet d'une cessation de circulation cérébrale, quelque complète qu'on la suppose. Dans de telles circonstances, la définition que j'ai donnée de l'inhibition montre ici encore que c'est à cette puissance qu'il faut attribuer la perte d'activité qui a lieu.

Conclusion. — Les pertes de fonction et d'activité de l'encéphale, dans certaines circonstances, sont de purs effets d'inhibition, provenant d'une irritation plus ou moins lointaine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 février 1883.—Présidence de M. Hardy

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bessette, président de l'Association médicale de la Charente, qui demande à l'Académie de vouloir bien ouvrir une souscription pour l'érection d'une statue à Bouillaud, l'un des membres les plus illustres et l'un des plus glorieux représentants de la médecine française du XIXe siècle. — 2° Une lettre de M. Henri Roger, qui adresse une somme de cent francs pour sa participation personnelle à cette souscription. — 3° Une lettre de canditature de M. le docteur Siredey, pour la section de pathologie médicale. — 4° Une note sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur un régiment stationné dans le sud-ouest de la France, en 1881, par M. le docteur Doudet. — 5° Un travail manuscrit, intitulé : *Abcès périnéphrétique ; ponction exploratrice et incision à la région lombaire ; drainage ; guéris n,* par M. le docteur Desmaroux d'Huriel. — 6° Un tableau statistique des enfants du premier âge dans la commune de Grande-Combe, par M. le docteur Sagnier. — 7° Une note manuscrite de M. le docteur Bodard, sur l'alimentation artificielle des nouveaunés. (Présenté en séance par M. de Villiers) — 8° Un mémoire, avec planches à l'appui, sur le diagnostic des lésions valvulaires du cœur par la percussion, par M. le docteur Antoine Gros.

— Travaux présentés. — *Des aconits et de l'aconitine,* par MM les docteurs Laborde et Duquesnel, ouvrage qui a obtenu le prix Orfila. — *La présence du cuivre dans les céréales, la farine, le pain et autres substances alimentaires ; — la présence du cuivre dans les extraits de quinquina,* par M. le docteur Galippe. — *Les sanatoria maritimes pour les enfants lymphatiques, scrofuleux et rachitiques,* par M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux). — *Rapports sur l'hospice des Enfants-Assistés de Paris,* par MM. les docteurs Lunier et Liouville. — *Etymologie du mot syphilis ; les premiers livres publiés sur cette maladie jusqu'à l'apparition du poème Fracastor en* 1530, par M. le docteur Turner. — Un appareil excitateur double de l'utérus, par M. le docteur Apostoli. — *Paralysies toxiques et syphilis cérébrale,* par M. Lancereaux, extrait des leçons faites à l'hôpital de la Pitié (année 1880), recueillies par M. le docteur L. Gautier (de Genève). — 1° *De la valeur des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde, de leurs indications et contre indications ;* 2° *de l'influence des bains froids sur les complications laryngiennes de la fièvre typhoïde,* par M. le docteur Libermann, médecin major de 1re classe.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre associé national. La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En premiere ligne, M. Ollier (de Lyon) ; — en deuxième ligne, M. Parise (de Lille) ; — en troisième ligne, M. Denucé (de Bordeaux) ; — en quatrième ligne, M. Herrgott (de Nancy) : — en cinquième, M. Debrun (d'Orléans).

Le nombre des votants étant de 60, majorité 33 ; M. Ollier obtient 51 suffrages, M. Parise 9, M. Denucé 3, M. Herrgott 2.

En conséquence, M. Ollier ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre associé national.

— M. Proust donne lecture du rapport de la commission du concours Vulfranc Gerdy, qui a nommé M. Omont, stagiaire de l'Académie aux eaux minérales.

Discussion sur la fièvre typhoïde. — M. Peter. On en est venu, d'abstraction en abstraction, à ne voir dans *les* fièvres typhoïdes que *la* fièvre typhoïde, dans la fièvre typhoïde que la fièvre, dans la fièvre que la chaleur. Mais c'est là une conception très inexacte. La chaleur peut s'élever beaucoup sans que la fièvre typhoïde soit plus grave, sans qu'elle demande pour cela une intervention médicale active.

M. Peter cite à ce propos l'exemple de deux jeunes malades, traités dernièrement dans son service à la Charité. L'un, âgé de seize ans et demi, avait, au moment de son entrée, une température qui atteignait 40o,5. Il présentait, le lendemain, 41 degrés, et pendant douze jours cette hyperthermie se maintint sans changement, en plateau. Cependant, le pouls n'était pas très rapide, il ne dépassait pas 104 pulsations ; la langue n'était pas sèche. Il n'y avait ni stupeur, ni délire, ni ataxie.

La médication fut très simple : 25 à 30 centigrammes de sulfate de quinine par jour. Tout se passa bien.

L'autre malade, âgé de seize ans, mais impubère, eut, lui aussi, de l'hyperthermie, sans autre symptôme alarmant. La température oscilla chez lui, pendant plusieurs jours, entre 40o,2 et 40o,8. On ne lui donna aucun remède.

« Je l'ai traité par la contemplation », dit M. Peter. Et cependant il est des cas où il est bon d'intervenir ; où l'hyperthermie se trouve jointe à d'autres signes pour indiquer l'utilité d'avoir recours à l'hydrothérapie, aux affusions froides, aux bains froids. Mais ce n'est pas en refroidissant que l'hydrothérapie est utile, c'est en agissant sur le système nerveux, dont l'hyperthermie comme le délire, comme l'ataxie, trahit le trouble.

On peut admettre que la tolérance pour les bains froids est proportionnelle à la chaleur dans une certaine mesure, mais surtout au désordre du système nerveux. Ils peuvent convenir contre l'adynamie comme contre l'ataxie. Il y a près de cent ans déjà qu'un médecin anglais, employant l'hydrothérapie contre les affections fébriles, fit la remarque qu'elle abaissait la température, sans affaiblir comme les saignées et les vomitifs ; qu'elle relevait même les forces et refroidissait *in vigorem,* selon l'expression employée par lui.

M. Peter a donc recours à l'hydrothérapie, comme un moyen très puissant, contre les formes graves de la fièvre typhoïde, quand l'agitation, le délire ou la stupeur témoignent de la malignité. Il emploie les lotions de vinaigre quand les phénomènes inquiétants sont peu accentués. Il les employa, par exemple, récemment chez une jeune femme dont la température dépassa 41 degrés durant deux jours. Elle guérit parfaitement.

Chez une autre femme, la température était de 40o,4 ; mais en même temps que cette hyperthermie, on observait une stupeur extrême, avec mutisme, inconscience complète. Les lotions de vinaigre ne produisaient rien. M. Peter fit plonger cette femme pendant cinq minutes dans un bain à 18 degrés. La température rectale s'était abaissée, après ce bain, de deux dixièmes de degré ; mais, bien qu'on vit un certain changement dans l'aspect de la malade, l'inconscience restait la même. Le soir du même jour, M. Chauffard fit prendre un nouveau bain de la même durée et à la même température. La malade parut se réveiller un peu ; elle dit quelques mots, demanda à boire, donna divers signes d'intelligence. Le lendemain, après un troisième bain, la connaissance était revenue, et on put cesser l'usage des bains. La maladie suivit un cours normal et se termina par la guérison. Bien évidemment, dans ce cas, il est impossible d'expliquer, par la quantité de chaleur soustraite pendant ces trois bains de cinq minutes, l'effet remarquable qu'on en obtint. On avait ranimé les fonctions du système

nerveux par un choc puissant. Mais ce choc, s'il est quelquefois, comme dans ce cas, presque miraculeusement utile, peut être également nuisible quand on veut le donner à tort et à travers, quels que soient les symptômes, et chez tous les malades.

M. Peter cite des cas de congestions pulmonaires mortelles, d'hémorrhagies intestinales, de collapsus avec hypothermie, de syncopes fatales, dans lesquels l'administration systématique des bains froids paraît avoir été la cause directe et immédiate des accidents.

A propos d'une jeune malade morte d'une congestinn pulmonaire double, qui l'avait prise au sortir du bain, il exprime le regret qu'on n'ait pas eu recours à la saignée, remède souvent héroïque en pareil cas, mais trop négligé maintenant, même en face des indications les plus évidentes. Ce qui a fait abandonner l'usage des saignées, c'est son emploi systématique à une période précédente.

Les médications systématiques ont toujours pour elles les incompétents, les naïfs qui se figurent que c'est arrivé, les imprudents, parmi lesquels il faut mettre en première ligne les jeunes gens, naturellement téméraires par la fougue même de leur âge. Ceux ci sont toujours disposés à combattre les scrupules de leurs maîtres, et à employer pour ceux-ci une expression qui rime avec caduque. Un jour, les élèves du docteur Bouley, alors médecin de Necker, clinicien très habile et très prudent, parlaient avec lui d'une de ces médications systématiques. Il leur en avait montré les dangers. Mais eux, ne se laissant pas convaincre, insistaient en prétendant que cette médication, employée dans un autre service, n'y avait pas paru aussi dangereuse qu'il le supposait. Alors M. Bouley, avec un fin sourire, leur dit simplement : « Les malades sont souvent plus forts qu'on ne croit. » M. Peter traduit la même pensée par la phrase suivante : « Il est souvent difficile de tuer un homme, même malade. » Mais les médecins ne sont pas faits pour tuer, et ils n'ont pas à chercher la limite de la résistance du malade.

Contre la fièvre typhoïde, les médications systématiques se sont succédé en grand nombre.

On peut en compter au moins six :

1° Le sulfure noir de mercure ;

2° Les émissions sanguines répétées coup sur coup, selon la méthode de Bouilland ;

3° Les purgatifs répétés chaque jour ;

4° Le sulfate de quinine à doses massives ;

5° L'alcool ;

6° Les bains froids.

Toutes ces médications sont bonnes dans certains cas ; mais c'est leur généralisation systématique qui est mauvaise. Ce qu'il faut opposer aux fièvres typhoïdes, dans leurs diverses formes, c'est la médecine des symptômes, comme d'autres l'ont nommée ; celle qui se base sur l'observation de tous les instants, qui tient compte de tous les phénomènes, qui proportionne le moyen au résultat à affecter.

On a proposé comme épitaphe pour Graves : « il nourrissait les fiévreux » ; pour Currie : « il baignait les fébricants » ; M. Peter demande, pour lui-même, mais le plus tard possible, l'inscription suivante : « il combattit la chimiatrie et les médications systématiques. »

Il se moque agréablement du Messie allemand et de sa baignoire devenue Jourdain pour la rédemption des typhiques. Il conjure la médecine française de rester ce qu'elle fut toujours, la médecine de sens commun.

— M. Rochard veut exclusivement revenir sur la question d'hygiène, qu'il a déjà abordée dans le courant du mois de novembre de l'année dernière. Pour montrer toute l'importance de cette question, il cite les chiffres suivants : En 1882, il y a eu dans la ville de Paris 3,276 décès causés par la fièvre typhoïde ; sur ce nombre, 1,449 ont eu lieu dans les hôpitaux et 1,827 à domicile ; en 1881, la même maladie n'avait fait que 2,120 victimes (1,150 de moins). La mortalité générale a été de 59,674 en 1882, de 56,820 en 1881 (2,654 de moins). La mortalité est donc maintenant à Paris de 26,55 p. 1000 ; il y a dix ans elle oscillait entre 21 et 23 p. 1000 et elle va sans cesse en croissant.

Pour en revenir à la fièvre typhoïde, les 1,449 décès causés dans les hôpitaux par cette maladie correspondent à 9,361 entrées, ce qui fait 15,46 p. 100. C'est la moyenne générale que l'on retrouve un peu partout quand on prend les mêmes bases de calcul.

Dans les statistiques des hôpitaux de la marine, M. Rochard avait trouvé une moyenne de plus de 22 p. 100 ; mais, comme dans les chiffres analogues relatifs à l'armée, il faut voir le résultat de diagnostics posés à l'entrée et non rectifiés postérieurement. Pour trouver le total des fièvres typhoïdes traitées, il faut y joindre les fièvres continues, fièvres muqueuses, etc.

En adoptant donc pour la ville une moyenne de mortalité égale à celle des hôpitaux, on trouve un chiffre de 11,830 malades probables. D'après ces bases, M. Rochard établit le bilan des sommes perdues pour la fortune publique.

Le séjour à l'hôpital des malades qui y ont été traités, représente 240,083 journées à 3. fr. 60 ; total : 744,257 fr 30 pour la part contributive de la ville de Paris. Si l'on ajoute à cette somme 1,187,120 francs pour les journées perdues durant la convalescence des malades guéris, ce qui n'évalue qu'à 2 fr. le prix d'une journée de travail, on trouve pour les malades traités dans les hôpitaux, une dépense totale de 871,570 fr. 30.

Par un calcul analogue, on arrive à un total de 4,231,727 pour les malades traités en ville et guéris.

Reste à évaluer le prix des morts. M. Rochard proteste contre toute interprétation malveillante de sa pensée. Aux yeux d'un père la vie de son fils est sans prix. Mais au point de vue social les hommes ont une valeur calculable, puisqu'on peut assurer cette valeur. D'abord ils n'arrivent pas à l'âge du travail sans avoir coûté beaucoup en frais de nourriture, d'entretien, d'éducation.

Le capital ainsi dépensé doit entrer en ligne de compte ; d'une façon générale, on peut dire que plus la civilisation se développe, plus la valeur de l'homme augmente. Elle était nulle ou à peu près dans la foule des Cimbres ou des Teutons qui envahissaient l'Italie mais elle était considérable dans l'armée de Marius. Elle ne représentait rien dans la multitude des soldats de Xerxès ; mais chacun des Grecs qui résistaient à l'invasion avait sa valeur personnelle.

M. Rochard a calculé, — il ne dit pas sur quelles bases, — que cette valeur représente de nos jours, en France, une moyenne de 12,000 fr par tête pour un homme de 20 ans. En réduisant à moitié cette somme, en évaluant le prix de chaque individu à un capital de 6,000 francs seulement, on trouve pour les 3,276 morts de l'année 1882 un capital perdu de 19,656,000 francs, qui, ajouté aux frais de maladie, forme un total de 23,887,727 francs pour la ville de Paris seulement.

Or ce n'est pas tout : en même temps que la mortalité par fièvre typhoïde, la mortalité générale produite par l'ensemble de toutes les maladies s'est accrue proportionnellement. On pourrait donc la diminuer proportionnellement par les mesures d'hygiène que l'on prendrait à l'occasion de la fièvre typhoïde. Supposons qu'on la ramène à la proportion qu'elle avait il y a dix ans. Ce serait par an une économie de 11,182 décès, représentant une valeur de 67,092,000 francs par an. — Diminuons même ce chiffre de moitié, il resterait encore 33,545,000 francs que l'on pourrait économiser par an, c'est-à-dire un capital de 670,920,000 francs. En conséquence, M. Rochard supplie l'Académie de voter les mesures d'hygiène qu'il lui a déjà proposées au mois de novembre de l'année dernière et qui peuvent conduire à ce résultat.

La France est dans des conditions qui exigent chez elle l'économie des hommes. Nous ne sommes pas prolifiques comme les Chinois. Le chiffre de la population ne peut déjà se maintenir que par l'immigration, et les immigrations, qui modifient la race, sont le prélude des invasions, qu'elles préparent et facilitent.

La séance est levée à 5 heures.

Addition à la séance du 30 janvier 1883.

M. le Dr Dujardin-Beaumetz présente à l'Académie de médecine, au nom du Dr Ménière (d'Angers), un nouveau pessaire (sigmoïde élastique), construit sur ses indications, par M. Galante.

Cet instrument, qui rappèle par la forme le pessaire rigide de Hodge et par l'élasticité ceux de Mieg et de Dumontpallier, se compose de deux arcs élastiques de même rayon réunis par deux tranches parallèles sous deux angles inégaux. Le squelette métallique tout en ressort de montre est recouvert d'une couche de caoutchouc dont le diamètre varie de 6 à 8 millimètres seulement.



M. Ménière a appliqué une trentaine de ces nouveaux pessaires chez des femmes atteintes de rétroversion utérine, de rétroflexion, d'abaissement, de rectocèle et, en retournant l'instrument, dans des cas d'antéflexion et de cystocèle, et il a pu constater, après deux années d'observations, que son pessaire réunissait tous les avantages des deux sortes de pessaires les plus employées, sans en avoir aucun des inconvénients.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 février 1883. — Présidence de M. Guéniot.

— M. Verneuil dépose sur le bureau : 1o Une note du docteur Schwartz sur un cas d'induration des enveloppes du corps caverneux chez un diabétique ; 2o une observation de tétanos traité et guéri par le chloral ; 3o un mémoire de M. Verneuil sur la pulvérisation prolongée et continue.

— M. Horteloup lit une note envoyée par M. Heurtaux, au sujet des tumeurs du testicule. Il s'agit d'un homme qui, en 1864, a été opéré d'un sarcocèle kystique ; à l'examen, la tumeur était constituée par un épithélioma, avec noyaux cartilagineux, accompagné de nombreux kystes ; le malade est aujourd'hui, dix-neuf ans après l'opération, en parfaite santé.

— M. Trélat, à propos du procès-verbal, présente une planche représentant une tumeur kystique du testicule et recueillie dans le service de Nélaton. Cette tumeur est très différente comme structure de celle dont parlait M. Després; cette dernière paraît être une tumeur hématique ayant subi des transformations. Ces deux tumeurs sont très différentes et ne peuvent rentrer dans un même groupe sous le nom de *tumeur adénoïde*, comme le voudrait M. Després.

M. Després fait remarquer que la planche que montre M. Trélat ne ressemble pas à la maladie désignée par Curling sous le nom de *maladie kystique du testicule*. Quant à la tumeur dont j'ai parlé dans la dernière séance, ce n'était point une tumeur hématique, mais bien une maladie kystique qui avait subi des transformations, car le malade avait sa tumeur depuis six ans.

M. Richelot pense qu'il faut admettre deux variétés différentes : 1o Des tumeurs constituées par un stroma important avec quelques kystes ; 2o celles qui ne sont que des kystes séparés par de minces cloisons fibreuses. La question est de savoir si ces dernières sont des adénomes. Cliniquement, ce sont des épithéliomas kystiques, c'est-à-dire des tumeurs récidivantes.

M. Terrier considère la question à deux points de vue : 1o Anatomo-pathologiquement, les tumeurs kystiques du testicule sont identiques aux kystes multiloculaires de l'ovaire ; 2o cliniquement, elles diffèrent en ce que ces tumeurs récidivent chez l'homme, tandis que chez la femme, dans l'immense majorité des cas, elles ne récidivent pas.

— M. Verneuil annonce à la Société que M. le professeur Parrot, au sujet de la communication de M. Lannelongue sur les rapports de la syphilis et du rachitisme, s'offre à venir montrer la collection de pièces remarquables qu'il avait présentées au Congrès de Londres.

— M. Polaillon donne sur la malade de M. Mondut, laquelle a fait le sujet d'un rapport, les renseignements suivants : Cette malade, qui avait une fistule uréthro-vaginale à la suite de l'issue spontanée d'un calcul, a vu sa fistule diminuer peu à peu, sans aucun traitement ; actuellement, elle existe toujours, mais elle n'a plus que des dimensions très minimes.

— Amputation chez un albuminurique ; influence du traumatisme sur la maladie rénale. (Observation de M. Redard.)

M. Verneuil fait un rapport très intéressant, suivi d'une communication importante, sur l'action des traumatismes sur les états pathologiques antérieurs.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un homme de trente et un ans, tuberculeux et albuminurique, auquel on fit l'amputation de la jambe à la partie inférieure. On lui fit le pansement ouaté, et au bout de douze jours la réunion était complète. Mais ce qui est important, c'est que, à la suite de cette opération, l'état général du malade s'améliora sensiblement ; les symptômes pulmonaires se sont améliorés. Mais l'examen et le dosage des urines qui fut fait pendant longtemps révéla que la quantité d'urée et la quantité d'albumine renfermées dans les urines augmentèrent beaucoup après l'opération. M. Redard rapproche ce fait d'un fait observé par M. Verneuil et qui se rapporte à un diabétique. Chez ce malade, une opération détermina une augmentation de la quantité de sucre rendue.

M. Verneuil fait suivre son rapport d'une communication des plus intéressantes concluant à l'action aggravante du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs. Il pense que c'est ainsi qu'il faut expliquer ce que l'on a désigné sous le nom de *choc traumatique*, et qui ne serait qu'une aggravation plus ou moins rapide d'un état morbide antérieur causée par le traumatisme. — Malgré les beaux résultats obtenus par la méthode antiseptique, celle-ci n'est pas omnipotente, et les cas de mort survenus, alors que toute cause de septicémie était écartée, doivent se rattacher probablement à un état morbide antérieur.

L'importante question soulevée par M. Verneuil sera mise à l'ordre du jour d'une des prochaines séances, et la discussion portera sur ce point : *De l'action du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs.*

— M. Blum lit un travail sur la maladie désignée sous le nom de l'*orteil à marteau*. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une Commission.

Dr Henri Bastard.

FORMULAIRE

Mixtures pour frictions dans les cas de teigne faveuse.
(Besnier).

Rec. Acide borique } aa 1 gramme.
Soufre sublimé }
Vaseline 30 —

M. s. a.

(MORRIS).

Rec. Thymol 0,5 à 1 gramme.
Chloroforme 4 —
Huile d'olives 12 —

M. s. a.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE SUR L'ÉPILEPSIE PARTIELLE, par le docteur L. GREFFIER, interne des hôpitaux de Paris.

Sur cette question, née d'hier, de nombreux travaux existent déjà ; le docteur Greffier a eu la bonne pensée de réunir dans sa thèse inaugurale les divers matériaux dispersés dans des recueils et des ouvrages nombreux et d'y joindre un grand nombre d'observations inédites puisées à la clinique si riche de la Salpêtrière. Il est arrivé ainsi à nous donner de cette affection une monographie intéressante, où, laissant de côté toutes les discussions doctrinales encore prématurées, il a groupé tous les faits, tontes les opinions qui permettront un jour d'arriver à la complète connaissance de cette maladie.

Résumer des faits est chose impossible ; nous nous contenterons donc de reproduire ici les conclusions que l'auteur a mises à la fin de son travail :

1o Les symptômes de l'épilepsie partielle sont analogues à ceux de l'épilepsie générale, et ne s'en distinguent que par leur limitation à un seul côté du corps ou même à une région circonscrite ;

2o L'aura est un phénomène inconstant. Quand elle existe, elle peut être motrice, sensitive on viscérale ; le cri initial semble faire toujours défaut ;

3o La perte de connaissance est un phénomène des plus inconstants et qui présente les plus grandes variétés ;

4o Les réflexes sont presque toujours exagérés dans les membres atteints ; mais l'anatomie pathologique ne nous en a pas encore révélé la raison ;

5o L'épilepsie partielle peut affecter diverses formes : forme hémiplégique proprement dite, forme tonique, forme vibratoire, forme d'épilepsie partielle de l'enfance, forme syphilitique ;

6o L'épilepsie partielle est un syndrôme qui peut accompagner des lésions très diverses : la nature des lésions n'a pas d'influence sur la production de l'épilepsie partielle ; mais il n'en est pas de même de leur siège, qui est constamment la *zone motrice corticale* ;

7o Il résulte de la proposition précédente que l'épilepsie partielle indique presque sûrement une lésion limitée de l'encéphale, lésion de la zone motrice corticale, mais qu'elle n'indique pas la nature de la lésion ;

8o Les divers traitements institués pour l'épilepsie générale, bromure de zinc, bromure de sodium, bromure de potassium, élixir polybromuré d'Yvon, conviennent à l'épilepsie partielle ; mais malheureusement leur efficacité est tout aussi douteuse dans un cas que dans l'autre. Il faut faire une exception ponr l'épilepsie partielle syphilitique, qui guérit presque toujours sous l'influence du traitement spécifique.

P. B.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

CONCOURS DE L'AGRÉGATION, SECTION DE MÉDECINE. — Le concours a été terminé le 16 février, et ont été nommés agrégés, par ordre de mérite, les candidats dont les noms suivent :

A. *Faculté de Paris*. — 1· M. Hanot ; 2· M. Quinquaud ; 3· M. Hutinel ; 4· M. Robin.

B. *Faculté de Montpellier*. — 1· M. Blaise ; 2· M. Baumel ; 3· M. Artigalas.

C. *Faculté de Lyon*. — M. Bar.

D. *Faculté de Nancy* — M. Schmitt.

E. *Faculté de Lille*. — M. Leroy.

La GAZETTE MÉDICALE, heureuse de compter parmi les vainqueurs un membre de son comité de rédaction, applaudit au succès de M. Albert Robin.

***

Le nombre des places mises au concours de l'agrégation de chirurgie et d'accouchement est de quinze, se répartissant de la manière suivante pour les différentes Facultés de France :

Paris : 3 places de chirurgie et 1 place d'accouchement ; — Bordeaux : 2 places de chirurgie et 1 place d'accouchement ; — Lyon : 3 places de chirurgie et 1 place d'accouchement ; — Montpellier : 1 place de chirurgie ; — Nancy : 2 places de chirurgie.

La première séance dudit concours aura lieu le jeudi 1er mars à cinq heures, à la Faculté de médecine de Paris, salle des thèses. L'ordre du jour comporte 1o La constitution du jury ; 2o la détermination des jours et heures des séances ; 3o le choix des sujets de la composition écrite qui sera donnée le lendemain 2 mars aux candidats sur une question d'anatomie et de physiologie ; 4o l'appel des candidats.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont chargés, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-1883, des cours auxiliaires ci-après désignés, MM. les agrégés dont les noms suivent :

Hallopeau, Pathologie externe.
Humbert, Pathologie externe.

***

INSPECTION MÉDICALE. — Par arrêté préfectoral, sont nommés aux deux nouveaux emplois de médecins-inspecteurs du personnel enseignant des écoles maternelles et primaires communales du département de la Seine, MM. les docteurs (Albert) Brochin et Cadiat.

Les trois circonscriptions d'inspection médicale, établies par l'arrêté de ce jour, sont réparties ainsi qu'il suit :

Première circonscription : M. le docteur Cadiat ;
Deuxième circonscription : M. le docteur Albert Brochin ;
Troisième circonscription : M. le docteur Level.

***

CONGRÈS. — Le congrès des délégués des sociétés savantes se tiendra à la Sorbonne, cette année, les 27, 28 et 29 mars, à une heure. La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne le samedi 31 mars, à deux heures précises.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1882-83

— 83. M. Merner. De la terminaison par gangrène des corps fibreux intra-utérins. — 84. M. Matienzo. Des antipyrétiques dans

la fièvre typhoïde. — 85. M. Lévy. Auscultation de l'épigastre. — 86. M. Dat. Des formes bénignes de l'ictère infectieux. — 87. M. Bagnol. De l'ictère alcoolique aigu. — 88. M. Chambellan. Etude anatomique et anthropologique sur les os wormiens. — 89. M. Angot. Contribution à l'étude des luxations congénitales de la hanche. — 90. M. Pluyette. Aperçu historique sur les insertions vicieuses du placenta. — 91. M. Laversin. — Considération sur quelques accidents traumatiques dans le diabète et en particulier de la gangrène. — 92 M. Larrivé. De l'eau oxygénée, son emploi en chirurgie. — 93. M. Carret. Du traitement des fistules vésico-vaginales par l'occlusion vaginale. — 94. M. Brunet. Etude clinique physiologique de l'état d'opportunité de contracture. — 95. M. Didion. De la fièvre typhoïde à forme rénale. — 96. M. Liandier. Essai sur la gangrène pulmonaire dans le cours de quelques affections chroniques du poumon et des bronches. — 97. M. Delas. De la laryngite catarrhale aiguë dans la première enfance. — 98. M. Genty. Des symptômes laryngés d'origine nerveuse dans le cancer de l'œsophage. — 99. M. Coulon. Essai sur le cancer du corps thyroïde.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 8 février au jeudi 14 février 1883.

Fièvre typhoïde 41. — Variole 15. — Rougeole 10. — Scarlatine 0. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 43. — Dysenterie 1. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 54. — Phthisie pulmonaire 206. — Autres tuberculoses 12. — Autres affections générales 61. — Malformation et débilité des âges extrêmes 70. — Bronchite aiguë 49. — Pneumonie 101. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au hiberon 35, — au sein et mixte 27. — Inconnu 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 112. — de l'appareil circulatoire 52. — de l'appareil respiratoire 98. — de l'appareil digestif 51. — de l'appareil génito-urinaire 20. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 2. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 40. — Causes non classées 12. — Total de la semaine: 1149 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur, par le docteur Constantin Paul, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, secrétaire général de la Société de thérapeutique. Un beau volume in-8 de 850 pages, avec 120 fig. dans le texte et une planche en chromo-lithographie. — Prix : 15 fr. — Paris, Asselin et Cie, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Eléments de médecine pratique, par le docteur C.-F. Kunze, traduit, d'après la seconde édition allemande, par J. Knoeri. Un volume in-12 de 464 pages. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, 1883, Germer Baillère et Cie, 108, boulev. St-Germain.

Société des sciences médicales de Gannat ; compte rendu de l'année 1881-1882 (trente-sixième année). Un volume in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

De la créosote de hêtre associée au baume de tolu et au goudron de norwège. — La créosote de hêtre a été découverte par Reichenbach, chimiste de Blausko, en Moravie. C'est un produit pyrogéné, dont la composition est : 76,2 de carbone, 7,8 d'hydrogène, 16 d'oxygène ; son nom vient de *sadzo*, chair, et *treas*, je conserve. Cette heureuse étymologie, suggérée par sa propriété essentielle, nous indique l'action qu'elle exerce dans le traitement de toutes les affections de la poitrine et des voies respiratoires.

Les remarquables travaux des docteurs Boucbard, Gimbert, etc., ont affirmé sa haute valeur thérapeuthique, qui n'est plus discutée aujourd'hui.

La créosote se présente sous l'aspect d'un liquide incolore, oléagineux, presque insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool, l'éther acétique et les huiles essentielles. On la retire du goudron de bois et du goudron de houille.

La composition de la créosote en révèle naturellement les propriétés ; elle coagule l'albumine, et constitue l'une des substances antiseptiques et les plus antifermentescibles. Elle tue avec une rapidité surprenante les organismes inférieurs. Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements, et, dans tous les cas, des renvois, qui obligeaient à en suspendre l'emploi. Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le baume de tolu, qui présente, pour cet usage, des avantages particuliers.

Tous nos lecteurs connaissent la couleur jaune et l'odeur balsamique et agréable de ce baume, obtenu par l'incision de l'écorce du *Myrospermum Toluiferum*, plante de l'Amérique méridionale. Tous aussi savent que ces substances résineuses renferment soit de l'acide benzoïque, soit de l'acide cinnamique, qui leur assurent des propriétés antispasmodiques et anticatarrhales très énergiques.

En ajoutant le goudron de Norwège aux deux substances précédentes d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

Le goudron végétal (*pix liquida*) du groupe des térébenthinés s'obtient par la distillation des bois de pin qui ne donnent plus de térébenthine. Il se présente sous la forme d'une masse demi-fluide (de consistance sirupeuse), de couleur brune, d'une odeur empyreumatique, d'une saveur âcre.

C'est un mélange complexe de résine et d'une huile essentielle empyreumatique qui s'est formée, en partie, par l'action du feu sur la résine : il contient aussi du charbon.

Au double point de vue physiologique et thérapeutique, le goudron produit des effets qui se rapprochent de ceux de la térébenthine ; mais, comme cette dernière, il n'est pas contre-indiqué par les éléments fièvre et congestion inflammatoire.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêtés à une formule, d'après laquelle nous avons fait préparer de petites capsules ovoïdes par MM. Trouette-Perret, pharmaciens à Paris.

Chaque capsule doit contenir :

5 centigrammes de créosote pure de hêtre ;

7 centigrammes 1/2 de goudron purifié de Norwège ;

7 centigrammes 1/2 de baume de tolu.

Ces capsules, appelées par leur auteur *Gouttes livoniennes de Trouette-Perret*, doivent être employées aux doses suivantes :

Il est indispensable, chaque fois qu'on aura pris de ces capsules, de ne pas leur permettre de s'arrêter dans les plis de la gorge, et de les faire descendre dans l'estomac en avalant un quart de verre d'un liquide quelconque : eau, lait, vin, thé léger ou tisane froide ou chaude.

Lorsque les *gouttes livoniennes* auront rétabli la santé, il sera bon de n'en point abandonner brusquement l'usage, et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver, et notamment aux changements de saisons accompagnés de temps humides.

(*Gazette des Hôpitaux*).

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN**.

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 1er mars 1883.

L'hospice des Enfants assistés de Paris.

Au mois de mars dernier, MM. Lunier et Foville, inspecteurs généraux des services administratifs, ont été chargés par M. le ministre de l'intérieur d'examiner l'installation de l'hospice des Enfants assistés de Paris et de signaler les améliorations dont cet établissement est susceptible au point de vue de l'hygiène, notamment des dangers de contagion auxquels les enfants sont exposés. Nous avons sous les yeux les rapports de nos honorables confrères, et nous y puiserons quelques détails qui ne seront pent-être pas sans intérêt pour nos lecteurs.

L'hospice des Enfants assistés, durant la période décennale de 1872 à 1882, a admis annuellement de 5,500 à 9,700 enfants. Comme beaucoup de ces enfants n'y font qu'un séjour de très courte durée, le mouvement y est très actif et comprend de 20 à 30 entrées et sorties par jour, sans compter les mutations intérieures d'un service à l'autre. La population moyenne est de 300 à 350 enfants.

L'âge de ces enfants varie de quelques jours à douze ans et au-dessus. En 1881, on en a admis 1,758 de 0 à 1 mois ; 906 de 1 mois à 1 an ; 591 de 1 à 2 ans ; 1,367 de 2 à 6 ans ; 1,628 de 6 à 12 ans ; 576 au-dessus de 12 ans.

Cette jeune population se divise en plusieurs catégories ; on y distingue :

1o *Les enfants assistés*. — Parmi ces enfants, les uns sont présentés, sans aucun intermédiaire, par leurs familles pour être abandonnés ; d'autres sont envoyés par les commissaires de police ; ceux-ci sont des enfants trouvés, ou ont été abandonnés par leur mère chez les sage-femmes, ou ont été ramenés par leurs nourrices qui avaient cessé de recevoir les gages convenus ;

2o *Les enfants secourus*. — Cette catégorie comprend les enfants, d'abord abandonnés, puis repris ou placés en nourrice par leurs parents, auxquels on délivre un secours temporaire. Ce mode d'assistance ne semble pas avoir tenu ce qu'il promettait, et le nombre des enfants secourus tend à diminuer ;

3o *Les enfants en dépôt*. — Ceux-ci viennent ou des hôpitaux, par suite de la maladie de leurs parents, ou de la préfecture de police quand les parents sont en état d'arrestation ou condamnés à une peine inférieure à six mois. Les enfants âgés de plus de deux ans, dont les parents ont disparu, sont aussi mis au dépôt pendant la durée des recherches entreprises à l'effet de retrouver les parents ;

4o *Les enfants en traitement*. — Tous les enfants de l'hospice qui tombent malades sont envoyés à l'infirmerie. Mais on reçoit aussi de la consultation externe, et l'on admet ainsi

FEUILLETON

Le professeur J.-G. Cloquet.

Le professeur Jules-Germain CLOQUET, le plus ancien des membres de l'Académie de médecine, le seul survivant des premiers académiciens élus de 1821, est mort à Paris le vendredi 23 février, âgé de quatre-vingt-douze ans et deux mois.

Il était né dans cette ville, le 18 décembre 1790, de parents des plus modestes, et, comme son frère Hippolyte, mort en 1840, il fit de bonne heure ses études de médecine. Il débuta par l'histoire naturelle, et se fit remarquer au Muséum par son assiduité aux cours ; aussi, en 1806, les professeurs de cet établissement scientifique, joints à ceux de l'Ecole de médecine, le désignent au ministre de l'intérieur comme élève d'une Ecole d'anatomie artificielle établie à Rouen par un décret de Napoléon Ier. Il poursuit là ses études médicales, et nous le voyons lauréat de l'Ecole de médecine de Rouen pour la botanique. Il revient à Paris en 1810, et se présente au concours de l'internat en 1811. Il est nommé à ce concours, en compagnie de Cruveilhier et de Hervez de Chégoin, celui-ci le dernier, celui-là le premier de la promotion. J.-G. Cloquet se trouve au milieu. La même année, il est préparateur d'anatomie artificielle de l'Ecole de médecine de Paris, et à ce titre, qu'il n'a jamais oublié, il a enrichi les deux musées de l'Ecole de pièces anatomiques dont on admire encore la perfection : Jules Cloquet dessinait, lithographiait et modelait avec une grande habileté.

En 1812, il est exempté du service militaire par un décret impérial daté des Tuileries du 27 décembre, décret rendu sur la demande de l'assemblée des professeurs. En 1813, il partage avec Rayer le premier prix d'anatomie et de physiologie de l'Ecole pratique ; il obtient le deuxième prix en 1814 et Rayer le premier, la plupart des juges ne s'expliquant pas pourquoi l'*ex æquo* de l'année précédente n'est pas maintenu. En 1815, il est nommé au concours prosecteur de la Faculté, et en 1817, à la suite d'un autre concours, il obtient la gratuité pour la réception du docteur. Il veut justifier, a-t-il dit, lui-même, la faveur dont il est honoré, il travaille sans

directement du dehors dans le service médical ou chirurgical un certain nombre de jeunes malades qui sont rendus à leurs familles après la guérison. Le nombre de ces enfants est devenu plus considérable depuis l'installation dans l'hospice de la chaire de clinique de la Faculté de médecine;

5o *Les enfants moralement abandonnés.* — Cette catégorie d'enfants, des plus intéressantes, ne date que de 1881. Elle comprend les enfants de douze à seize ans qui, orphelins ou abandonnés par leurs parents, se livrent au vagabondage et deviennent pour la plupart de véritables apprentis criminels. Il y avait là une œuvre d'assitance et de moralisation que l'administration de l'assistance publique, avec le concours du Conseil général de la Seine, a entreprise et s'efforce de mener à bonne fin. D'après le rapport de M. Thulié au Conseil général sur ce service spécial, l'hospice a reçu, du 1er janvier 1881 au 30 juin 1882, 1,151 enfants adressés par le parquet ou la préfecture de police, ou amenés par leurs parents. Sur ce nombre, 178 enfants ont été éliminés comme vicieux ou atteints de maladies chroniques; 973 ont été admis et, après un séjour de deux semaines qui a permis de les étudier et de juger de leurs goûts ou de leurs aptitudes, ils ont été, les uns placés isolément chez des patrons pour apprendre un métier, les autres dirigés sur l'Ecole d'horticulture de Villepreux ou sur l'Ecole d'ébénisterie de Montévrain. La première de ces écoles a déjà 20 élèves et peut en recevoir le double; la seconde ne recevra pas moins de 100 élèves. Après leur instruction ou leur apprentissage dans ces écoles, les enfants, munis de quelques économies qu'on leur a mises en réserve, sont placés par les soins de l'administration.

Nous avons dit qu'un certain nombre d'enfants n'ont pas été admis parce qu'ils étaient vicieux; il en est d'autres qu'on ne peut garder à cause de leur caractère insoumis. Au lieu d'envoyer ces enfants dans les maisons de correction, M. Thulié propose de créer ce qu'il appelle « une maison d'orthopédie mentale »; où, sous l'influence d'un enseignement méthodique et d'un traitement moral approprié, ils finiraient par perdre leurs mauvaises habitudes et revenir au bien. Il y a là une idée et un projet qui s'imposent à l'attention du Conseil général.

Les différentes catégories d'enfants que nous venons d'indiquer n'ont rien de stable, et nous avons dit que chaque jour il se fait des mutations de l'une à l'autre. On peut, d'une manière générale, les réduire à deux: celle des enfants abandonnés, dont le séjour à l'hospice est toujours de très courte durée (quatre jours en moyenne), et celle des enfants en dépôt, dont la durée du séjour ne peut être prévue, bien qu'elle ne soit en moyenne que de quinze jours. La proportion relative des deux classes d'enfants est de 1 à 2 dixièmes de la population présente pour les enfants abandonnés et de 9 à 8 dixièmes pour les enfants en dépôt.

Afin de diminuer les dangers de l'agglomération de ces enfants, on a proposé de dédoubler l'hospice en deux établissements distincts, l'un pour les enfants abandonnés, l'autre pour les enfants en dépôt, et de placer ces deux établissements hors de Paris. L'administration a répondu et démontré que les relations si fréquentes et si étroites entre les deux groupes d'enfants rendent leur séparation très difficile, sinon impossible, et, d'un antre côté, que les exigences des services que rend l'hospice à la population parisienne ne permettent pas de le transporter *extramuros*. Les auteurs du rapport pensent aussi qu'il est préférable de garder l'hospice actuel, mais à la condition de l'agrandir et d'y introduire, au point de vue hygiénique, des améliorations dont ils tracent le programme.

Nous ne saurions ici suivre nos honorables confrères dans les détails qu'ils consacrent à cette partie de leur rapport; nous ne relèverons que trois points ayant trait, l'un à l'isolement des enfants atteints de maladies contagieuses, le second à la création d'un quartier d'observation ou lazaret, le troisième à la nourricerie récemment établie.

D'après les recherches statistiques de M. Lunier, un tiers au moins des enfants qui meurent au dépôt y ont contracté l'affection contagieuse à laquelle ils succombent. Ce danger de la contagion était signalé depuis longtemps; mais l'administration suivait sa petite routine habituelle. Cependant la mort successive de deux chefs de clinique ayant contracté la diphthérie dans le service de l'hospice semble avoir secoué sa torpeur, et un pavillon d'isolement, consistant en une baraque de bois, a été installé d'urgence dans les jardins de l'hospice pour recevoir les diphthéritiques. Ce n'est là évidemment qu'une installation provisoire.

Il y a quatre ou cinq ans, un projet fut élaboré par l'architecte de l'Assistance publique et soumis successivement au

---

relâche, et il a disséqué plus de trois cents cas de hernies, lorsqu'il rédige, la même année, sa thèse de doctorat, imprimée sous le titre: *Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen.* Cette thèse remarquable, complétée par une seconde partie publiée en 1829, devient un travail considérable appuyé de cinq cents observations presque toutes recueillies, disséquées et dessinées par l'auteur et il est demeuré classique dans la plupart de ses divisions. Deux cents préparations sont remises par J. Cloquet pour le musée de la Faculté.

En 1818, n'oubliant pas son histoire naturelle, il présente à l'Institut un mémoire fort étendu sur l'anatomie des vers intestinaux; ce mémoire est couronné, en raison des recherches originales de l'auteur sur l'appareil générateur de l'ascaride lombricoïde, son appareil digestif, etc. En 1819, il concourt, avec succès, pour la place de chirurgien en chef adjoint de l'hôpital Saint-Louis. Cette même année, nous trouvons parmi ses travaux un mémoire intéressant sur l'influence des efforts sur les organes renfermés dans la cavité thoracique, suivi d'observations sur l'emphysème en général, sur les hernies du poumon, etc.

En 1821, J. Cloquet est nommé membre de l'Académie de médecine, non par l'ordonnance royale d'institution du 27 décembre 1820, mais à la première élection faite par la section de chirurgie, ce qui vaut mieux, élection destinée à compléter le nombre réglementaire, et approuvée par l'ordonnance du 6 février 1821. La même année, il commence la publication de son grand ouvrage de l'anatomie de l'homme, qui ne contient pas moins de 300 planches, avec plus de 1,300 figures; plus de la moitié ont été dessinées par l'auteur à l'amphithéâtre. Demeuré classique jusqu'en ces dernières années, les progrès de l'anatomie et de la gravure artistique, la topographie appliquée à la description, lui enlèvent sans doute chaque jour de son importance, mais il est encore indispensable dans une grande bibliothèque. En 1822, il présente à l'Académie des sciences un mémoire important sur les calculs urinaires, mémoire couronné, et en 1824 il se présente à l'agrégation en chirurgie, et il est nommé le premier. Sa thèse latine a pour sujet la cataracte. Dès cette année, il est chargé de divers cours officiels, jusqu'au moment où, en 1831, il se présente au concours pour la chaire de pathologie chirurgicale. Il est nommé. Ses concurrents étaient Blandin, Gerdy, Bérard, Velpeau et les Sanson. Dans la dissertation qu'il a publiée à cette occasion, Jules Cloquet insiste sur la né-

Conseil d'architectnre dn département de la Seine, an Comité consnltatif des bâtiments de l'administration de l'Assistance publique, an Conseil de surveillance de cette même administration, au Conseil général de la Seine, au Conscil municipal de Paris. Ce projet, examiné et contrôlé par tant de corps délibérants comprenait, entre autres travaux, mis plns tard en adjudication par le préfet de la Seine, la construction d'un bâtiment spécial destiné aux malades atteints d'affections contagieuses. Or voici, d'après M. Foville, quel était le plan de ce bâtiment :

« Le bâtiment d'isolement, est-il dit dans le devis descriptif du projet, placé en saillie à l'extrémité du vieux bâtiment, serait tout à fait isolé, sauf au droit d'une communication avec une localité voisine formant dépendance du service et qu'il faudrait traverser pour arriver à l'escalier.

« An rez-de-chaussée seraient les dépendances de la cuisine; au premier étage, une salle de huit lits d'isolement dépendant ds la chirurgie; au deuxième étage, une denxième salle pour huit malades affectés d'angine; enfin dans les combles seraient les dortoirs pour les filles de servics. »

Voilà comment les architectes et les administrateurs comprenaient l'isolement des maladies contagieuses. Il est vrai qu'on avait négligé de soumettre le projet aux hommes vraiment compétents, c'est-à-dire aux médecins. C'est là une visille habitude qn'on a de la peine à perdre. Aussi M. Foville dit-il sagement en terminant son rapport : « Aucune modification à l'aménagement et aux distributions des locaux occupés par les enfants sains ou malades ne devrait être entreprise sans que le médecin et le chirurgien aient eu communication du plan et aient été mis en demeure de donner leur avis écrit. »

Le mission confiée à MM. Lunier et Foville permet d'espérer qn'on tiendra meilleur compte désormais de l'avis des médecins; le tribut qu'ils ont payé aux maledies contagieuses leur donne le droit de parler et d'être entendus. Il y a donc lieu de penser que, suivant le plan tracé par les rapporteurs, des pavillons d'isolement, répondant à toutes indicatione et à tous les hesoins, seront construits dans les jardins de l'hospice.

Nous avons dit plus haut qu'il entre chaque jour dans l'hospice de 20 à 30 enfants. S'il en est dont la santé ne laisse rien à désirer, il en est d'antres qui sont chétifs, malingres, souvent en puissance d'une maladie contagieuse : où placer ces enfants dont l'état est donteux ? Si on les mêle aux enfants sains, on risque de contaminer ceux-ci. Si on les envoie à l'infirmerie et qu'ils n'aient qu'une simple indisposition, on les expose eux-mêmes à contracter la maladie de lenrs voisins. C'est pour recevoir ces enfants qu'il est question de créer un quartier d'observation au lazaret. Une fois lenr état de santé hien déterminé, on les enverrait, sans danger ou préjudice ponr personne, dans le service anquel ils seraient destinés.

On se souvient de l'orage que souleva en 1880, au sein de l'Académie de médecine, le projet adopté per le Conseil municipal de Paris, snr le rapport de M. Thulié, de l'organisation d'un service d'allaitement artificiel ou d'une nourricerie à l'hospice des Enfants assistés, Nous avons montré alors ce qu'il y avait d'exagéré dans les susceptibilités de l'Académie (v. GAZ. MÉD., 1880, nº 17). L'expérience a donné raison au vote dn Conseil municipal et aux réflexions que nous avone exposées à ce sujet. La nourricerie fonctionne depuis le mois de juin 1881. Après une expérience comparative faite avec des chévres et des ânesses, on a renoncé aux premières. Cinq ânesses, accompagnées de leurs ânons, dont la présence est nécessaire pour entretenir la sécrétion lactée, occupent l'écurie de l'hospice. Chacune d'elle suffit à allaiter trois enfants. Ceux-ci sont présentés par l'infirmière de manière à saisir facilement le trayon ; l'ânesss s'y prête volontiers ; l'éducation des principaux intéressés est bientôt faite. Qnand les trois nourrissons d'une ânesse ont pris leur repas, l'ânon vient téter ce qui reste; on lui donne, il va sans dire, une nourriture supplémentaire. Les enfants tettent cinq fois dans le jonr, trois fois pendant la nuit. Des pesées avant et après la tetée montrent qn'ils ingèrent chaque fois de 30 à 200 gr. de lait.

Ce mode d'allaitement est exclusivement réservé anx enfants syphilitiques, qu'on ne seurait donner à allaiter à une nourrice. Précédemment, on les nourrissait au hiberon ; tous ou presque tous mouraient. Depuis qu'on les fait allaiter par des ânesses, on en sauve 70 0/0. Mais le nombre d'ânesses est insuffisant eu égard à celui des enfants syphilitiques ; aussi les rapporteurs demandent-ils qn'on donble le service de la

cessité, pour un professeur de chirurgie, de faire son cours à l'aide de préparations, et surtout de dessins. Cette méthode excellente, il la pratique le premier d'une manière générale à l'Ecole de Paris, et tous ceux qui ont suivi ses cours, il y a cinquante ans déjà, ont souvent rapporté avec quelle habileté il dessinait au tableau, et le succès attrayant qui accompagnait ses leçons.

Habile opérateur, de plus en plus recherché, les travaux de Jules Cloquet devinrent de plus en plus rares. Il avait passé de l'hôpital Saint-Louis à Saint-Antoine, puis à la Maison de santé, puis à l'hôpital des cliniques de la Faculté. Son esprit ouvert à toutes les idées originales, lorsque la pratique médicale peut en tirer profit, lui avait fait étudier avec beaucoup de soin, dès 1824, un procédé renouvslé des Chinois et des Japonais : l'acupuncture. Il fit fairs sous ses yeux un grand nombre d'expériences, modifiant la nature des aiguilles employées et variant, quant à la durée, leur temps de séjour dans les tissus. Le traité publié en 1826 par Dantu, traité rédigé sous la direction du professeur, rend compte des résultats obtenus. Un peu plus tard, l'examen des faits improprement classés sous la rubrique : Magnétisme animal, l'incitèrent à se rendre compte de l'insensibilité que présentait les sujets magnétisés. Sollicité par le docteur Chapelain, il donna son concours lors d'une amputation du sein faite chez une malade près de laquelle il avait été appelé en consultation, et l'opération réussit. Aujourd'hui, les faits connns sous le nom d'hypnotisme ont mis hors de doute, dans nne certaine mesure et pour un nombre de cas restreints à quelques malades particuliers, cette insensibilité momentanée. Mais, en ce temps-là, les expériences de ce genre n'étaient point faciles à vérifier, et M. Cloquet, pris à partie, dut prendre la parole à diverses reprises, même dans les académies, pour maintenir avec énergie les détails de l'incident chirurgical dont il avait été témoin, mieux encore, l'opérateur.

En 1830, Jules Cloquet préconise à l'hôpital Saint-Antoine un traitement de la brûlure au moyen des poils de typha, agent thérapeutique dont il a appris les succès dans un village de l'Aube; mais ces divers essais ne lui firent pas oublier qu'il était surtout anatomiste, et ses leçons orales recueillies avec soin par M. Hippolyte Larrey, qui devait le suppléer bientôt, leçons sur les diverses fractures, la nécrose, les ganglions, les panaris, etc., témoignent de vuss judicieuses, toujours très elairement exprimées. En 1834,

nourricerie. Certes, voilà des résultats fort encourageants et il eût été bien regrettable que l'improbation de l'Académie, reposant plus, il est vrai, sur la forme que sur le fond, eût arrêté dès l'origine l'expérience pour laquelle le Conseil municipal avait voté un crédit.

Dr F. de Ranse.

CHIRURGIE PRATIQUE

De la valeur comparée de l'élongation, de l'arrachement et de la névrectomie dans le traitement de la névralgie sous-orbitaire rebelle. — (Rapport fait à la Société de chirurgie à propos d'une communication du docteur Blum), par M. S. Pozzi.

Suite. — Voir le numéro 8.

Il y a une autre cause d'erreur à laquelle ne paraît pas avoir songé M. Blum et qui jette un certain doute sur la longueur réelle du nerf arraché. Je veux parler de l'allongement assez considérable produit par l'élongation et précédant la rupture. Les expériences de Tillaux ont, depuis longtemps, montré l'importance de ce phénomène, puisqu'il peut aller de 15 à 20 centimètres pour le médian et le cubital. Pour ce qui concerne le sous-orbitaire, nous trouvons dans l'observation I du docteur Badal (1), qu'une traction de 2 kilogrammes et demi a produit une élongation de 3 centimètres, et dans l'observation II, qu'une traction de 4 kilogrammes a encore produit le même allongement avec l'arrachement du nerf. Si donc, ce qui paraît probable en l'absence d'indication contraire et vu la concordance des chiffres précédents, M. Blum a apprécié l'étendue du nerf enlevé par la dimension du fragment resté entre les mors de sa pince, il a tout simplement mesuré l'allongement que sa traction avait produit. Le principal avantage qu'il attribue un peu théoriquement à l'arrachement est donc illusoire. Quant à l'épreuve clinique, on pouvait dire, après son unique observation, qu'elle n'était pas suffisante, et l'on peut ajouter après les trois observations nouvelles que nous avons données, qu'elle n'est pas encourageante.

(1) Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 1881, nos 47, 49 et 51.

Doit-on aller plus loin et reprocher à la manœuvre de l'arrachement d'être dangereuse ? M. Blum lui-même ne paraît pas avoir été dépourvu de craintes : « Ce n'est pas sans émotion, écrit-il, que je pratiquai pour la première fois l'arrachement. » Peut-être avait-il alors présente à la mémoire l'observation relatée ici même par M. Tillaux (1), d'une fonte purulente de l'œil survenue rapidement après la distension involontaire et énergique du nerf sous-orbitaire dans une résection du maxillaire supérieur, ou bien encore l'observation de Czerny (2), où une kératite ulcéreuse grave succéda à l'élongation suivie de résection du nerf sous-orbitaire. Peut-être encore s'est-il souvenu de la distinction si judicieusement établie devant la Société de chirurgie par M. Nicaise, entre l'élongation des nerfs rachidiens et des nerfs crâniens et a-t-il redouté la transmission de la violence au ganglion de Gasser et au cerveau situés en ligne directe à une si courte distance. Cependant, M. Blum a passé outre — et il a bien fait, puisque sa malade a dû à son audace une guérison au moins temporaire, et peut-être définitive. Nous avons, du reste, montré qu'il n'y a pas une telle différence entre la force déployée ordinairement dans l'élongation simple et celle qui amène l'arrachement, pour qu'un chirurgien qui ne craint pas la première de ces manœuvres redoute beaucoup la seconde.

On le voit, ce n'est pas, à notre avis, un parallèle entre l'arrachement et l'élongation qu'il convient d'établir, mais bien entre ces deux procédés d'une méthode identique, la *traction terminale* plus ou moins forte, allant ou non jusqu'à la rupture, d'une part, et, d'autre part, la section du nerf dans sa continuité, la névrotomie, mieux nommée *névrectomie*, puisque tous les opérateurs s'accordent à réséquer une certaine portion du tronc pour s'opposer aux phénomènes si rapides de la réparation nerveuse.

La névrectomie, telle qu'elle est pratiquée actuellement, est-elle une opération plus grave que l'*élongation* ?

Est-elle plus efficace ?

Si la première de ces questions est résolue par la négative et la seconde par l'affirmative, tout doute sera dissipé.

Nous avons indiqué les dangers possibles de l'élongation de

(1) Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie, 1877, p. 410.

(2) Arch. f. Psych. und Nerven-Krankheiten, t. X, p. 284, 1879.

M. Cloquet devint professeur clinique, mais dès 1841 et 1842, sa santé délicate l'obligea plusieurs fois à suspendre son cours, et il ne tarda pas à quitter tout service actif, se bornant à assister aux examens et aux séances du Conseil de la Faculté. En 1840, la mort de son frère Hippolyte, mort prévue d'ailleurs, vint l'affecter sérieusement. Il dirigea d'abord les études de son neveu Ernest, mort aussi en Perse en 1855, à 37 ans, au début d'une brillante carrière. En 1844, il fit encore partie du jury de l'exposition ; en 1851, il fut nommé chirurgien consultant du chef de l'Etat, et enfin, en 1855, membre de l'Institut en remplacement de Lallemand. Il avait été présenté une fois déjà, et bien jeune encore, en 1825, à ce corps savant par la section de médecine et de chirurgie, et ses parrains s'appelaient Dupuytren, Roux, Larrey père, Alibert et Richerand, etc. En 1855 il eut pour concurrent Jobert de Lamballe, un concurrent redoutable.

M. J. Cloquet venait, deux ou trois ans auparavant, de contracter une deuxième union, et la digne compagne qu'il choisissait lui apportait tout le bonheur intime qu'il n'avait pas connu peut-être et qu'il n'a cessé de goûter depuis. Les soins attentifs dont il n'a cessé d'être entouré lui ont fait une vieillesse douce, heureuse, enviée. Jusqu'à sa maladie, il ne cessait d'assister aux séances de l'Académie de médecine, crayonnant encore avec une vivacité remarquable les traits des orateurs présents ou passés, entrant à la bibliothèque pour s'y réchauffer quelques instants, « la chaleur étant, nous disait-il, « le lait des vieillards, » racontant quelque anecdote spirituelle, et ne nous quittant pas sans avoir examiné les planches in-folio de quelque grand ouvrage de voyages ou d'histoire naturelle. Toujours souriant, toujours courtois, n'oubliant jamais les plus petits services qu'on était heureux de lui rendre, l'un de nos donateurs permanents, son absence sera bien longtemps remarquée.

. . . .

Les obsèques de l'excellent professeur ont eu lieu aujourd'hui 28 février, au milieu d'une assistance que nous avons vue rarement aussi nombreuse. Les discours prononcés sur sa tombe, au nom de l'Institut par M. le baron Larrey, au nom de l'Académie de médecine par M. Labbé, au nom de la Faculté par M. le professeur Gosselin, au nom des chirurgiens des hôpitaux par M. Péan, ont retracé avec éloquence la vie si honorable et si honorée de l'un des doyens de la chirurgie française. Ces

la branche ophtalmique de Willis; mettons en regard ceux qu'on a reprochés à la névrotomie.

Pour cela, nous n'avons qu'à transcrire ceux qu'énumère avec complaisance le mémoire de M. Blum. Voici ce passage textuellement reproduit :

« La section du nerf, à sa sortie du trou sous-orbitaire, peut se faire par la méthode sous-cutanée ou à ciel ouvert. Cette opération est innocente en elle-même; mais elle fournit rarement des résultats satisfaisants, en vertu de cette loi qui veut que lorsqu'un chirurgien fait une section du nerf pour une névralgie, il doit la rapprocher le plus possible du centre. Aussi a-t-on cherché à atteindre le nerf dans le canal. Pour ce faire, on pratique une incision au niveau du bord antérieur du plancher de l'orbite. A l'aide d'une sonde cannelée, on décolle le périoste qui recouvre le plancher orbitaire, et on récline en haut l'œil et les parties molles qui l'environnent. On brise avec le bistouri ou le bec d'une sonde cannelée la paroi supérieure du canal orbitaire, pour saisir ensuite avec un crochet et sectionner le nerf. Les accidents qui peuvent survenir pendant l'opération sont : 1o la déchirure de l'artère sous-orbitaire, qui est assez volumineuse, et qui peut singulièrement gêner le chirurgien; 2o la perforation de la paroi inférieure du canal et l'ouverture du sinus maxillaire. Secondairement, on est exposé au phlegmon de l'orbite et à toutes ses conséquences. Aussi Malgaigne avait-il cherché le premier à faire cette section au moyen d'un procédé sous-cutané. Avec un ténotome solide il pénètre le long du plancher de l'orbite, dans la direction du nerf sous-orbitaire. A deux centimètres de profondeur, il coupe en travers le plancher de l'orbite et le nerf lui même. Dans deux cas où ce procédé fut employé, il survint une fois une blennorrhée de l'antre d'Higmore qui dura plusieurs semaines pour se terminer par l'issue d'un séquestre formé par la paroi inférieure de l'orbite. Dans un autre cas, il y eut rétention du pus dans l'orbite et érysipèle grave (Wagner).

« Langenbeck conseille de sectionner le nerf à son entrée dans le canal orbitaire. Il enfonce son ténotome sous le ligament palpébral externe, le long de la paroi externe de l'orbite jusque dans la fissure orbitaire inférieure; le tranchant va en sciant jusqu'au processus orbitaire du maxillaire supérieur. Le nerf est ensuite mis à découvert dans la fosse canine, attiré au dehors et réséqué.

« Cette manière de faire amène forcément la blessure de l'artère sous-orbitaire avec épanchement de sang dans l'orbite. Elle expose même, chose plus grave, et pouvant devenir mortelle, à la section de la maxillaire interne si le bistouri est dirigé profondément vers la fosse ptérygoïde. »

M. Blum nous paraît avoir assombri quelque peu le tableau.

La déchirure de l'artère sous-orbitaire n'a aucune importance; si la torsion n'en fait pas justice, il est toujours facile de la lier après ou même avant la section du nerf. Dans aucune observation, nous n'avons trouvé mentionnée cette blessure de l'artère comme une complication véritable; M. Terrillon, qui n'a pas pu l'éviter, en a à peine été gêné quelques instants. Il faut, en effet, remarquer que la longue incision transversale largement béante après le soulèvement de l'œil dans une petite cuiller, donne un jour considérable et permet d'opérer très à l'aise, même sans qu'il soit nécessaire d'y adjoindre l'incision verticale de M. Tillaux.

La perforation de la paroi inférieure de l'orbite et l'ouverture du sinus maxillaire est un accident tout théorique. On la trouve, à la vérité, indiquée dans l'observation de M. Tillaux. Mais la perforation a été dans ce cas tout intentionnelle et destinée à nettoyer le sinus atteint depuis longtemps d'inflammation. Il suffit de répéter l'opération sur le cadavre pour voir avec quelle facilité et quelle précision on ouvre le canal sous-orbitaire qui se dessine nettement sur le plancher de l'orbite par sa coloration différente, et qu'on entame aisément avec la pointe du bistouri.

On n'a observé d'accidents phlegmoneux que dans les cas où l'on a mis en usage le procédé défectueux de Malgaigne. Quand on a suivi le procédé que nous préconisons à l'exclusion des autres, non seulement la guérison a été prompte, mais même elle s'est faite presque toujours par première intention; l'opération s'est montrée d'une bénignitée extrême et, on peut le dire, inattendue.

(A suivre.)

PATHOLOGIE MÉDICALE

ÉTUDE CLINIQUE ET STATISTIQUE SUR LE RÔLE DES HYPÉRÉMIES ET PHLEGMASIES BRONCHO-PULMONAIRES DANS L'ÉVOLUTION DES LÉSIONS TUBERCULEUSES DU POUMON, par le docteur MAYET, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Lyon.

Suite. — Voir le numéro 6 et 7.

C. TROISIÈME DIVISION. *Cas sans hérédité, mais avec causes débilitantes prolongées; les symptômes caractéristiques de phthisie n'ayant débuté qu'après l'action d'une cause occasionnelle d'hypérémie broncho-pulmonaire.*

Obs. 17. — Ami (François), cinquante-sept ans, tisseur. Pas

---

bonnes paroles adouciront l'amertume de la douce compagne qui le pleure en ce moment.

Nous donnerons dans un prochain numéro la liste des ouvrages du professeur J. Cloquet.

Dr A. DUREAU.

CONCOURS DE CHIRURGIE DU BUREAU CENTRAL. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien du bureau central sera ouvert le 29 mars 1883, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. Messieurs les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique de midi à trois heures, du 26 février au 13 mars inclusivement.

***

CONCOURS. — Un concours pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris, sera ouvert le jeudi 22 mars 1883, à midi, à l'administration générale, avenue Victoria. Les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats ouvert depuis le 20 février courant, sera clos définitivement le 7 mars prochain, à trois heures.

***

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Un concours pour une place de médecin suppléant à l'Hôtel-Dieu de Reims aura lieu cette année.

Les épreuves commenceront le 16 juillet prochain, à huit heures et demie du matin. Les candidats doivent s'inscrire et déposer leurs pièces avant le 1er juillet.

***

M. le docteur Bucquoy reprendra ses leçons cliniques le mardi 6 mars à neuf heures et demie, à l'hôpital Cochin, et les continuera les mardis suivants.

A huit heures et demie, visite dans les salles et examen des malades par les élèves.

***

d'hérédité. Excès de toutes sortes depuis la jeunesse. Alcoolisme. Souvent misères et privations. Carie de la jambe dans l'enfance, mais guérison complète et jamais aucune maladie depuis cette époque. Commence à tousser pour la première fois à cinquante ans après deux nuits passées à la belle étoile. Depuis, toux continuelle, affaiblissement profond. Le 22 février 1872, il est dans un état de cachexie avancée. Phthisie au troisième degré.

Obs. 18. — Cayon (Sigismond), vingt-neuf ans. Pas d'hérédité. Excès de toute nature, surtout génésiques et alcooliques. A commencé à tousser, il y a trois ans, à la suite d'un bain froid pris étant en sueur; A ce moment, pneumonie; la toux n'a pas cessé depuis de se reproduire fréquemment. Le 31 mars 1870, matité aux deux sommets, gargouillements à gauche, craquements à droite.

Obs. 19. — Denogean (Charles), vingt-six ans, garçon de salle. Constitution robuste avant la maladie actuelle. Aucun antécédent héréditaire. Très bien portant jusqu'en 1870. Il fait la campagne du Rhin et de la Loire, subit toute espèce de privations, est soumis à toutes les intempéries, fait de grands excès d'eau-de-vie. Il reste malgré cela en état apparent de bonne santé jusqu'en juillet 1871, époque où il prend froid en quittant ses vêtements ayant très chaud. Depuis, toux opiniâtre, expectoration bientôt purulente, affaiblissement. Le 19 juillet 1871, il présente des gargouillements au sommet droit, des craquements au sommet gauche.

Obs. 20. — Saulier (Benoist), vingt-huit ans, ajusteur. Aucun antécédent héréditaire, jamais aucune maladie. Grands excès génésiques étant militaire en Afrique. Peu de temps après son retour, s'étant mouillé, il prend une extinction de voix. Depuis ce jour, toux et affaiblissement. Le 18 août 1879, gargouillements et craquements.

Obs. 21. — Bourbon (Claudine), dévideuse. Pas d'hérédité. A fait pendant deux ans un apprentissage pénible qui l'a laissée faible. Deux ans après, rougeole, pendant laquelle débutent les signes de phthisie. Le 2 mai 1870, elle présente : fièvre, sueurs nocturnes, craquements aux deux sommets.

D. Quatrième division. *Cas avec hérédité certaine, mais ayant laissé le sujet bien portant jusqu'à une cause occasionnelle d'hypérémie broncho-pulmonaire, point de départ des accidents.*

Obs. 22. — Bernet (François), vingt-huit ans, tisseur, militaire au moment du début. Tante phthisique Bien portant lorsqu'il prit froid en se reposant après une marche forcée étant militaire. Depuis, il n'a cessé de s'affaiblir et de tousser, et de nombreuses rechutes ont été provoquées par les fatigues de la guerre (campagne de la Loire en 1870). En juillet 1872, il présente les symptômes généraux et locaux de la phthisie au troisième degré.

Obs. 23. — Galland (Pierre), trente-six ans, vernisseur, militaire au moment du début. Un frère phthisique. A pris froid à plusieurs reprises en 1870 en couchant sur la paille dans un casernement très froid. Immédiatement après, il a commencé à tousser. Hémoptysie peu après. Le 23 février 1872, craquements aux deux sommets.

Obs. 24. — Genestine (François), quarante-six ans, fumiste. Mère, sœur, frère, phthisiques. En novembre 1878, étant très bien portant, il prend froid après un travail pénible; fluxion de poitrine dont il ne s'est jamais remis. Le 20 juin 1879, signes étendus de phthisie au troisième degré.

Obs. 25. — Godart, trente-cinq ans, ouvrier en parapluies. Père et sœur phthisiques. Il y a trois ans, étant bien portant, il prit froid dans des circonstances bien déterminées. Il toussa beaucoup. Il se remit au bout de six semaines, reprit son travail et retomba aussitôt. Depuis, toux incessante, affaiblissement, hémoptysies répétées. Le 21 avril 1880, signes étendus de phthisie au troisième degré.

Obs. 26. — Joly, 29 ans, journalier, robuste, bien portant antérieurement. Mère phthisique. En octobre 1878, refroidissement dans des circonstances bien déterminées. Depuis lors, toux, points de côtés, affaiblissement. En janvier 1880, signes de phthisie avancée.

Obs. 27.—Manuel (François), 29 ans, tisseur. Sœur phthisique; frère mort de méningite. A commencé à tousser il y a trois ans, après avoir fait une marche forcée et passé deux nuits, la seconde dans une voiture ouverte. Depuis lors, toux, laryngites, hémoptysies de temps en temps, affaiblissement graduel. Le 22 février 1872, craquements aux deux sommets.

Obs. 28. - Michaud, 24 ans, cultivateur. Tante phthisique. Très bonne santé antérieure. Il y a quatre ans, après une journée de travail pénible, étant en sueur, il prend un bain froid La nuit suivante, toux qui n'a pas cessé depuis, affaiblissement graduel. En juillet 1882, l'auscultation fait entendre des craquements dans presque toute l'étendue des deux poumons, en arrière;

Obs. 29.—Muscat (André), 15 ans, imprimeur. Père phthisique. Bien portant jusqu'en juin 1879. Des camarades le plongent alors brusquement dans l'eau froide. Depuis lors, toux et affaiblissement. En avril 1880, craquements étendus aux deux sommets.

Obs. 30.—Poulet (Célestin), 53 ans, cordonnier. Frère phthisique. Bronchite et fièvre intermittente en Afrique autrefois. Très bien portant depuis de longues années. Il y a sept mois prend froid étant en sueur dans des circonstances bien déterminées. Depuis lors toux, dyspnée, affaiblissement graduel. En janvier 1873, souffle caverneux d'un côté, craquements dans l'autre au sommet.

Obs. 31.—Planche (Louis), 35 ans, tisseur. Père phthisique. Il a couché quelque temps avec lui, mais avant qu'il fût très malade. La première hémoptysie s'est produite il y a deux ans, à la suite d'un refroidissement contracté un jour qu'il était en sueur. Depuis, série de rechutes et d'hémoptysies. Le 2 juin 1871, il présente des craquements humides aux deux sommets, tant en avant qu'en arrière. Grand affaiblissement.

Obs. 32. — Vernay (Barthelmy), domestique, 26 ans. Un frère mort de convulsions (méningite tuberculeuse probablement). A 18 ans, étant très bien portant, se mouille plusieurs fois étant en sueur en travaillant sur le bord du Rhône; se met alors à tousser, avec sueurs, fièvre, hémoptysies répétées. Au bout de dix mois, amélioration, mais plusieurs atteintes depuis. Au bout de quatre ans, grande aggravation. Le 17 mai 1878, il présente des craquements d'un côté et du souffle caverneux de l'autre.

Obs. 33.—Vernay (Louis), 43 ans, tonnelier. Un frère et une sœur phthisiques. Pas d'autre antécédent pathologique qu'une fracture compliquée de la jambe, guérie depuis longtemps. Etant très bien portant, il a commencé à tousser il y a un an et demi, après avoir pris froid étant couvert de sueur. Le 10 avril 1878, gargouillements dans toute l'étendue à gauche, craquements au sommet droit.

Obs. 34.— Bouchage (Virginie), 25 ans, tisseuse. Mère phthisique. De constitution assez frêle; elle ne toussait pas, cependant Il y a sept mois, ayant les pieds mouillés, elle s'est exposée d'une façon prolongée à un courant d'air dans un corridor. Les jours suivants, toux fréquente, points thoraciques. La toux n'a pas cessé depuis. Le 8 mars 1876, signes de phthisie au troisième degré. Gros craquements.

Obs. 35.—Cbollet (Marie), 25 ans, domestique. Père phthisique; frère mort de convulsions (méningite tuberculeuse probablement). Pneumonie il y a six ans, mais s'était bien remise. Il y a six mois, à la suite d'émotion vive, suppression brusque des règles; quelques jours après, toux sèche; au bout d'un mois, hémoptysie. En novembre 1875, signes certains, mais peu étendus, de phthisie. Plus tard, étant à l'hôpital, hémoptysies excessives.

Obs. 36.—Dené (Jeanne), 23 ans, tisseuse. Une sœur phthisique. Bien portante antérieurement. Tousse depuis un an et demi, avec hémoptysies fréquentes et affaiblissement progressif. L'invasion a suivi de deux ou trois jours une journée de marche à la pluie pen-

dant l'époque menstruelle. Le 18 mai 1878, craquements aux deux sommets.

Obs. 37.—Garnier (Françoise), 22 ans, domestique. Deux frères phthisiques. Toujours bien portante. Au mois d'août, fièvre typhoïde, traitée trois semaines par les bains froids. Sort de l'hôpital complètement remise à la fin de septembre. A la fin d'octobre elle commence à tousser et à présenter des sueurs nocturnes.

Obs. 38. — Lebrun, 64 ans, marchande. Deux frères phthisiques. Un de ses enfants mort très probablement de méningite tuberculeuse. Il y a dix-huit mois, n'ayant jamais toussé que passagèrement, refroidissement dans des circonstances bien précisées, fluxion de poitrine. Depuis lors, la toux n'a pas cessé. Le 22 novembre 1879, signes de phthisie avancée.

Obs. 39.—Madaule (Julie), 22 ans, ouvrière chapelière. Mère phthisique. Elle était très bien portante, lorsqu'il y a neuf mois elle prend froid en faisant un travail pénible qui exigeait des efforts. Immédiatement, extinction de voix. Toux depuis lors. Le 10 juin 1878, signes de phthisie au troisième degré.

Obs. 40. — Mazeau (Marie), 27 ans, couturière. Un frère phthisique. Plusieurs autres morts de convulsions (méningite tuberculeuse probablement). Bonne santé antérieure. Il y a deux mois, s'étant fait des ablutions froides, elle éprouve un grand essoufflement qui depuis persiste et s'accompagne d'un grand amaigrissement. Le 20 septembre 1876, nombreux craquements au sommet droit.

Obs. 41. — Pilloix (Françoise), 28 ans, journalière. Mère phthisique. Frère phthisique. Elle n'est plus réglée depuis quinze mois. Depuis ce moment, elle s'est beaucoup affaiblie. Il y a huit mois, à la suite d'une longue course, étant en sueur, elle prit froid. Depuis ce moment, aggravation, faiblesse plus grande, toux incessante. Le 20 juillet 1877, elle présente des signes d'induration du sommet droit et des craquements disséminés dans tout le poumon gauche.

(*A suivre*).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMERICAINS

Affections de l'appareil circulatoire

Blessure par coup de feu du péricarde, du cœur et de l'estomac, par le docteur West.

Cette intéressante observation se rapporte à un individu qui s'était tiré un coup de pistolet à trois pouces au-dessous du mamelon gauche et à un pouce environ en dehors du sternum. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie externe, mais le blessé omissait du sang. La mort survint au bout de vingt-trois heures.

A l'autopsie, on constata que la balle avait pénétré dans le péricarde par le cinquième espace intercostal. Elle avait déchiré quelques fibres de la pointe du cœur, traversé de nouveau le péricarde, puis le diaphragme, l'estomac de part en part, et était venue finalement se loger dans le corps de la dixième vertèbre dorsale. La plèvre gauche contenait une certaine quantité de sérosité sanguinolente, et les intestins étaient remplis de sang noir. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, indépendamment de sa rareté, c'est la survie vraiment extraordinaire du blessé à la suite de lésions aussi graves. (Lancet, juillet 1882, et London Médical Record, 15 décembre 1882.)

Observations d'endocardite primitive, par le Dr Harrison.

Dans ce travail, lu à la dernière session de l'Association médicale britannique, l'auteur rapporte quatre faits d'endocardite idiopathique survenue chez des sujets d'un âge variant de 14 à 25 ans. Des antécédents rhumatismaux du côté paternel existaient dans les quatre cas. Mais les malades eux-mêmes n'avaient jamais souffert d'aucune manifestation de cette nature. M. Harrison pense que les exemples de ce genre sont plus fréquents qu'on ne l'admet habituellement; souvent, en effet, l'affection de l'endocarde peut être latente et ne se traduire symptomatiquement qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Elle peut même être l'unique expression de la diathèse rhumatismale. Au point de vue du traitement, c'est le salicylate de soude qui, à la condition d'être bien supporté, paraît remplir les meilleures indications et prévenir le plus efficacement les altérations valvulaires définitives. (British Médical Journal, octobre 1882.)

Un cas de kyste hydatique du cœur, par le Dr Arnold.

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, sujet à des syncopes fréquentes. L'action du cœur était énergique : les pulsations étaient normales et régulières. La peau était cyanosée, sans qu'il y eût de gêne respiratoire notable. Une éruption d'urticaire couvrait toute la surface du tégument externe. Il y avait en même temps une tendance manifeste à l'algidité.

A l'autopsie, on découvrit trois kystes hydatiques au sommet du poumon gauche. L'artère pulmonaire et le ventricule droit étaient remplis d'hydatides libres de toutes les dimensions. L'oreillette droite renfermait une tumeur kystique, à moitié affaissée, s'ouvrant du côté de l'orifice tricuspidien, et remplie d'hydatides. Le foie et la rate ne présentaient aucune altération. (Canadian Journal of Médical Science, octobre 1882.)

De la lipémie dans le diabète, par les Drs Fraser et Logan.

Ces auteurs donnent la relation d'un cas de diabète observé pendant plusieurs mois chez un homme de 35 ans, qui finit par succomber dans le coma. Le sang de ce malade fut examiné peu de temps avant la mort; il offrait une coloration blanchâtre et contenait beaucoup de graisse. L'autopsie confirm aces résultats et l'on trouva de gros caillots blancs, chargés d'éléments adipeux, dans les artères coronaires et les vaisseaux du péritoine. Les viscères avaient une odeur rappelant celle de l'acétone.

Au microscope, les vaisseaux du foie apparaissaient remplis de globules sanguins normaux, mélangés de granulations graisseuses et albuminoïdes. Les capillaires du poumon étaient très dilatés et fortement congestionnés. L'urine examinée après la mort avait une odeur marquée d'acétone; elle renfermait aussi, outre du sucre, une quantité notable d'albumine. (Edimbourg Médical Journal, septembre 1882.)

Sur le dédoublement des bruits cardiaques, par le docteur James Barr.

L'auteur explique le dédoublement des bruits du cœur par un défaut de synchronisme dans l'action des ventricules; mais son opinion diffère de celle qui consiste à considérer ce trouble physiologique comme le résultat d'un retard de la part du ventricule, qui a à lutter contre la plus forte pression. Selon lui, le ventricule qui est relativement le mieux fourni de sang et qui conserve le mieux son irritabilité musculaire, contracte

énergiquement sa valvule auriculo-ventriculaire, d'où un premier élément qui donne naissance à un double premier bruit. Il n'arrive pas nécessairement que le ventricule qui se contracte le premier cesse également de se contracter avant l'autre; car la durée de la systole est variable. Cette durée dépend, en effet, de la quantité de sang à mettre en mouvement, de l'énergie du ventricule et de la résistance à surmonter. Toutes conditions égales d'ailleurs, plus cette résistance est grande, plus la systole est longue. Souvent c'est le ventricule qui se contracte le premier, qui a proportionnellement à soutenir le plus grand effort. La durée de la systole se trouve ainsi prolongée. Un dédoublement du second bruit n'est donc pas la suite nécessaire d'un dédoublement du premier. D'autre part, les deux ventricules peuvent commencer à se contracter simultanément; mais l'un d'eux, en raison de la quantité de travail qu'il a à fournir, peut cesser de se contracter avant l'autre. De là un dédoublement du second bruit. (LIVERPOOL MEDICO-CHIRURGICAL JOURNAL, juillet 1882, et LONDON MED. RECORD, 15 décembre 1882).

DE LA PÉRICARDITE IDIOPATHIQUE, par le docteur SAUNDBY.

Les observations de M. Saundby sont au nombre de deux. Dans la première, il s'agit d'une petite fille appartenant à une famille de rhumatisants. Elle avait eu la scarlatine et avait été prise de chorée avant son admission à l'hôpital. Elle vint à succomber, et, à l'autopsie, on trouva de la péricardite, de l'endocardite, des végétations de la valvule mitrale, et des infarctus pulmonaires.

Dans le second cas, il est question d'un jeune homme, sans antécédents rhumatismaux bien nets, qui fut pris subitement de péricardite. On entendait un double bruit de frottement, plus marqué au niveau du quatrième espace intercostal gauche, près du sternum. La guérison s'effectua d'ailleurs d'une façon régulière.

Ces deux observations prouvent une fois de plus que la péricardite, avec ou sans autres lésions cardiaques concomitantes, peut être la seule manifestation de la diathèse rhumatismale, en dehors de toute lésion articulaire. Quant à la dénomination de *péricardite idiopathique*, elle s'appliquerait bien plutôt au second fait qu'au premier. (BIRMINGHAM MED. REVIEW, octobre 1882).

Dr GASTON DECAISNE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 février 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — POUVOIR TOXIQUE DE LA QUININE ET DE LA CINCHONINE. — Note de M. BOCHEFONTAINE, présentée par M. Vulpian.

Ces recherches paraissent établir que la quinine, conformément aux notions acquises jusqu'à présent, a des propriétés physiologiques plus actives que la cinchonine. Les deux substances sont convulsivantes, la seconde plus que la première, et la quinine se distingue par ses effets vomitifs et son action déprimante du système nerveux central.

S'il était permis d'appliquer à l'espèce humaine les résultats observés chez les animaux, on verrait que, pour mettre la vie de l'homme en danger, il faudrait injecter, sous la peau, 10 gr. de sulfate de quinine ou 16 gr. de sulfate de cinchonine. La dose léthifère serait bien plus considérable lorsque ces substances sont introduites dans l'estomac: elle serait de 35 gr. pour la quinine e, de 50 gr. pour la cinchonine. Nous raisonnons, ajoute l'auteur, comme si l'homme n'était pas plus sensible que le chien à l'action de ces agents. Mais on n'est pas autorisé à établir sans réserves un rapprochement de ce genre, et même les données cliniques conduisent à admettre que la quinine et la cinchonine ont, sur l'organisme de l'homme, une action bien plus puissante que sur celui du chien.

PHYSIOLOGIE. — DE LA VALEUR DE L'ENTRECROISEMENT DES MOUVEMENTS D'ORIGINE CÉRÉBRALE. — Note de M. COUTY, présentée par M. Vulpian.

Si on mesure, dit l'auteur, l'action motrice attribuée au cerveau par les phénomènes consécutifs aux lésions ou aux excitations de cet organe, on constate que la bilatéralité est la règle chez certaines espèces de mammifères inférieurs et d'oiseaux, et l'on retrouve exceptionnellement ce caractère dans les espèces les plus perfectionnées. L'entrecroisement physiologique cérébro-médullaire n'a donc rien de constant; il n'est pas lié à la constitution anatomique des organes; il manque sur des cerveaux déjà élevés dans l'évolution, sensibles à l'électricité ou, comme celui de l'urubu, relativement volumineux. Ce caractère n'a donc pas la valeur qu'on lui avait attribuée, et l'on peut établir facilement une transition entre le mouvement volontaire le plus compliqué et le simple réflexe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 février 1883. — Présidence de M. HARDY

La correspondance non officielle comprend :

1o Une lettre de remerciments de M. le docteur Ollier (de Lyon), membre correspondant, nommé récemment membre associé national;

2o Une lettre de remerciments de M. le docteur Aubrun, lauréat de l'Académie (médaille d'argent);

3o Des lettres de candidature de M. le docteur Bouchard, professeur à la Faculté, pour la section de pathologie médicale; — de M. le docteur A. Ferrand, médecin de l'hôpital Laënnec, pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale;

4o Un rapport du médecin de l'hôpital des fiévreux de Dublin pendant les années 1881 et 1882;

5o Un mémoire intitulé : *De l'opération césarienne avec suture utérine*, par M. le docteur V. Poulet (de Plancher-les-Mines);

6o Un rapport de M. le docteur Bernard (de Grenoble), sur les vaccinations pratiquées dans cette ville pendant l'année 1882.

— M. le PRÉSIDENT a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. J. Cloquet, membre titulaire et doyen de l'Académie, dont il faisait partie depuis 1821.

M. J. Cloquet ayant été président de l'Académie en 1860, selon l'usage et pour honorer la mémoire du défunt, M. le Président lève la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SYPHILIS ET RACHITISME. — M. PARROT vient résumer devant la Société les recherches qu'il a faites à ce sujet. Depuis longtemps, dit-il, les lésions du rachitisme étaient connues, et j'avais fait une étude particulière des lésions osseuses de la syphilis héréditaire; après avoir voulu trouver, sans y parvenir, une différence entre ces deux états pathologiques, je suis aujourd'hui arrivé à cette con-

viction que le rachitisme est la lésion spéciale que la syphilis héréditaire produit sur les os. Il existe entre les deux affections une série d'intermédiaires dont je vous présenterai des exemples. Pour démontrer le fait et répondre aux nombreuses objections, j'avais à faire de nouvelles recherches. L'étiologie de la syphilis héréditaire est toujours très difficile à constater; l'interrogatoire des parents présente de grandes difficultés. Nous devons donc tenir compte non seulement des accidents actuels des malades, mais surtout des traces que la maladie laisse sur le corps de l'enfant. Ces différentes lésions qui mettront sur la voie du diagnostic sont: 1o des lésions cutanées ou muqueuses, syphilides faciles à diagnostiquer; 2o les syphilides viscérales; 3o une lésion qui se rencontre assez souvent et qui est bien décrite dans la thèse de Bridaux, la syphilide desquamative de la langue, à laquelle j'ajoute beaucoup d'importance; 4o des stigmates de syphilis héréditaire tels que taches, macules, qui se rencontrent systématiquement à la même place et particulièrement à la partie supérieure des cuisses; 5o j'ai réservé pour la fin les altérations des dents auxquelles j'attribue la plus grande importance; ces altérations sont de formes différentes; elles sont en forme de cupule ou en sillons; ces deux premiers degrés se rencontrent sur les canines et les premières molaires, aussi bien dans la première que dans la deuxième dentition. A un degré plus avancé, on a les lésions en fer de hache, enfin l'altération si bien décrite par Hutchinson et qui existe même sur les dents de la première dentition. Ces différentes lésions occupent toujours la même place et seulement à un âge spécial, malgré l'avis de M. Magitot.

Telles sont les bases sur lesquelles repose le diagnostic de la syphylis héréditaire. Dans tous les cas on trouve, depuis le dernier mois de la vie intra-utérine jusqu'à une époque très rapprochée de la deuxième dentition, des altérations du squelette polymorphes, systématiques, et qui toutes ressemblent aux lésions du rachitisme.

Ces altérations osseuses peuvent se ranger sous trois types principaux, entre lesquels on rencontre beaucoup de types intermédiaires. Les lésions de ces types différents sont: au premier degré, ostéophytes durs et productions ostéo-calcaires; au deuxième degré, atrophie gélatiniforme; au troisième degré, tissu spongoïde, véritable lésion du rachitisme.

Quant aux trois types, les voici:

Premier type. — Apparence normale; le squelette est cependant déformé; il y a des nodosités sur les os longs et même sur les os plats. Les extrémités sont indemnes, mais autour il existe des ostéophytes; les fibres de l'ostéophyte sont alors perpendiculaires et non parallèles à la diaphyse. Deux os doivent être surtout étudiés, ce sont le tibia et l'humérus, principalement à la partie inférieure et postérieure.

On rencontre cette lésion sur les fœtus macérés, et jusqu'à la sixième semaine; passé ce temps, on trouve le deuxième type.

Deuxième type. — Caractérisé par le tissu gélatiniforme. Coloration jaune remplaçant le tissu spongieux, mais en même temps il y a toujours des ostéophytes. Au crâne, altérations du diploé et perforation des os. On trouve quelquefois, non pas des décollements épiphysaires, mais des brisures de l'os; c'est ce que j'ai appelé la pseudo-paralysie syphilitique, parce qu'elle ressemble cliniquement à la paralysie spinale de l'enfance.

Troisième type. — Les extrémités des os longs qui avaient commencé à être malades présentent des hourgeonnements du tissu spongoïde. La diaphyse s'entoure d'ostéophytes spongoïdes, mais ayant encore des fibres perpendiculaires à la diaphyse; elles ne diffèrent pas des autres ostéophytes. Quand on ne prend que des os d'enfants bien sûrement syphilitiques, il est impossible, en suivant cette série d'altérations, de ne pas arriver à cette conclusion que la cause qui a produit la première lésion n'est pas aussi celle des altérations suivantes. 90 fois sur 100 ces lésions existent en même temps que des altérations syphilitiques manifestes. Dans les dix autres cas, il est possible que la syphilis ait passé inaperçue; et d'autre part pourquoi les altérations ne porteraient-elles pas seulement sur les os? En outre, dans la syphilis, les os sont les premiers, les derniers et les plus atteints.

Quand on considère cette lésion aussi typique, qu'on peut suivre par l'anatomie macroscopique et microscopique, et qu'on n'observe qu'à un certain âge, on ne peut douter qu'elle ne reconnaisse la même cause.

L'étiologie du rachitisme est, du reste, bien banale. Tous les vices de l'organisme ont été successivement invoqués; Van Swieten pensait à un trouble de nutrition. Pour M. J. Guérin, le rachitisme tient à la durée de l'allaitement. M. Simon accuse un travail chimique incomplet dans l'estomac; mais le fait primordial, c'est la formation du tissu spongoïde; la décalcification est secondaire, et l'acide chlorhydrique venant d'une digestion stomacale incomplète ne peut pas entrer en cause.

Broca avait admis l'influence de tous les troubles de nutrition; M. Bouchut a pensé à l'entérite. On a parlé de l'humidité, des mauvaises conditions hygiéniques, du défaut de soins pour les enfants. Dire que toutes les causes hygiéniques ne puissent pas faire quelque chose, je ne le pense pas; mais il faut un germe pour le développement du rachitisme, c'est la syphilis.

M. Magitot a cherché en vain des traces de syphilis dans des cas d'altérations dentaires; il ne peut donc se rallier à l'idée de M. Parrot. Il ne nie pas d'ailleurs que la syphilis ait une influence sur les altérations des dents, mais pas à un plus haut degré que les autres diathèses.

M. Desprès craint que M. Parrot ait exagéré l'influence de la syphilis sur la production du rachitisme. Il cite un cas où les parents, nullement syphilitiques, avaient eu deux premiers enfants bien portants: le père devient alcoolique et le troisième enfant naît rachitique.

La discussion n'étant pas ouverte, M. Parrot ne répondra pas aux objections qui viennent de lui être faites. Il présente plusieurs petits malades de son service, atteints de lésions osseuses syphilitiques à divers degrés, et qui tous auraient été pris autrefois pour des rachitiques.

Fistule lacrymale d'origine dentaire. (Rapport de M. Desprès sur une observation de M. Parinaud.) — La fistule qui siégeait au niveau du sac lacrymal ne correspondait pas aux voies lacrymales, et avait un autre orifice dans la bouche, au niveau de la canine. M. Parinaud explique ce genre de fistule par la propagation de la suppuration à travers les canalicules osseux du maxillaire supérieur. M. Desprès l'attribue à l'inflammation des lymphatiques.

MM. Magitot et Terrier font remarquer que les lymphatiques de l'alvéole ne sont pas connus, et que ceux de la gencive ne suivent pas ce trajet.

M. Nicaise. — Présentation de pièces: cancer intestinal de la partie inférieure de l'intestin grêle; tumeur de la paroi recto-vaginale (cancer colloïde secondaire).

Séance du 28 février 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Après la lecture du procès-verbal, M. le président lève la séance, pour honorer la mémoire de M. Jules Cloquet, membre honoraire de la Société, décédé le 24 février.

Dr H. Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 février 1883. — Présidence de M. Millard.

Macroglossie. — M. Constantin Paul présente une petite fille de trois ans et demi, née de parents assez jeunes, et chez

chez laquelle, dès le premier jour, la langue assez volumineuse faisait saillie hors de la bouche. Elle n'a été élevée au sein que pendant un mois, après quoi elle a été mise au biberon. Son développement a été tardif et elle n'a commencé à marcher qu'à l'âge de 25 mois. Le rachitisme chez elle ne laisse aucun doute. La langue a continué à grossir ; aujourd'hui, elle est énorme et œdématense. Les glandes de la langue sont hypertrophiées et leur contenu est séro-purulent.

Vaccinations. — M. Hervieux fait hommage de son rapport sur les vaccinations en 1879. Si la publication en est aussi tardive, la faute en est, dit-il, exclusivement due à la négligence du ministère de l'agriculture.

Élections. — A l'unanimité, M. Moreau (de Tours) est élu membre honoraire, et M. Dionis des Carrières membre correspondant de la Société.

Recherches sur l'urémie d'origine hépatique. — Il est généralement admis aujourd'hui, grâce aux travaux de M. Brouardel, que dans la plupart des affections du foie, la quantité d'urée de l'urine se trouve diminuée. Mais deux opinions sont en présence pour expliquer ce fait, l'une considérant le phénomène comme résultant d'un trouble de l'excrétion, l'autre d'un trouble de la formation de ce produit. Cette dernière, soutenue par M. Brouardel, est généralement adoptée.

L'urée urinaire que M. Debove oppose à l'urée sanguine, dans l'important travail dont il donne lecture à la Société, ayant baissé, on en a conclu, dit-il, que ce corps se formait en moindre proportion, qu'il se produisait surtout dans le parenchyme hépatique. Mais les résultats des expériences de l'auteur, qui ont eu pour but de doser l'urée du sang, ne concordent pas avec cette hypothèse. Si cette urée est diminuée on pourra en conclure qu'elle est formée en moindre quantité ; si, au contraire, elle est augmentée, il sera nécessaire d'admettre qu'il s'agit surtout d'un trouble de l'excrétion urinaire. Ces recherches ont été poursuivies avec le concours de M. Yvon.

Le chiffre normal de l'urée sanguine dans les expériences de M. Debove étant de 18 à 20 centigrammes, voici, dans les diverses observations qu'il a recueillies, ce qu'il a constaté :

Premier malade. — Ictère chronique compliquant un cancer de la tête du pancréas ; excrétion urinaire : 940 centimètres cubes contenant 19 grammes 50 d'urée ; sang : 307 milligrammes d'urée par litre. Résultat : légère diminution de la quantité d'urée urinaire, augmentation manifeste de l'urée sanguine.

Deuxième malade. — Cirrhose hypertrophique avec ictère datant de trois ans. Excrétion : 1,100 centimètres cubes d'urine contenant 16 grammes d'urée ; sang : 424 milligrammes d'urée par litre. Donc, urée urinaire au-dessous de la normale ; urée sanguine plus que doublée.

Troisième malade. — Péritonite cancéreuse, compression du canal cholédoque. Trois dosages et analyses ont été faits à des époques différentes et ont donné un chiffre d'urée urinaire un peu faible, tandis que celui de l'urée sanguine est considérable dans les trois expériences, 727, 986 et 697 milligrammes par litre.

Quatrième malade. — Ictère par obstruction des voies biliaires par un calcul, nombreux dosages et analyses, dont le résultat est une diminution notable de l'urée urinaire, et une augmentation importante de l'urée sanguine : 432, 297, 316, 305 et 338 milligrammes ; chiffres inversement proportionnels à ceux de l'urée urinaire. Ces modifications, ajoute M. Debove, ne sauraient être mises sur le compte d'une alimentation mauvaise ou insuffisante, ce malade s'étant toujours parfaitement alimenté, et son poids s'étant augmenté de 5 kilogrammes dans l'espace de cinq semaines.

Il paraît donc résulter de ces diverses analyses que chez les ictériques l'urée sanguine est augmentée, tandis que l'urée urinaire est diminuée, diminution due à une excrétion moins facile.

D'autres observations rapportées par M. Debove, l'autorisent à penser que les mêmes phénomènes peuvent être observés chez les sujets atteints d'affections chroniques du foie. Voici du reste les conclusions de l'auteur :

Dans nombre de maladies du foie, l'urine contient moins d'urée qu'à l'état normal, le sang en contient une plus forte quantité ; l'abaissement du taux de l'urée ordinaire est donc dû à un défaut d'excrétion de ce produit des combustions organiques. Nous avons analysé l'urée du sang parce qu'elle est la plus facile à reconnaître et à doser, mais il est probable que d'autres matières excrémentitielles sont également retenues, et nous pouvons dire qu'il y a une urémie d'origine hépatique.

Si nous cherchons par une théorie à nous expliquer le mécanisme de cette urémie, nous sommes amené à conclure que les matériaux biliaires agissent sur le rein et limitent sa sécrétion. Au début, cette action est peut-être excitante, et c'est ainsi qu'on pourrait comprendre les faits de maladies aiguës du foie dans lesquelles M. Brouardel a constaté une augmentation de l'urée de l'urine. Si l'affection hépatique dure longtemps, les matières biliaires déterminent d'abord un trouble de l'excrétion urinaire, puis des altérations rénales qui ont été signalées par nombre d'auteurs.

Que si l'on vient à se demander pourquoi la sécrétion rénale étant limitée comme dans toutes les affections où le filtre urinaire est insuffisant, la quantité d'urée sanguine n'est pas encore plus considérable que celle que M. Debove a signalée, l'auteur répondra qu'il faut admettre que la présence de l'urée dans le sang empêche ou ralentit les combustions qui donnent naissance à ce corps.

A cette autre objection qui consisterait à dire que si la théorie est soutenable pour les affections du foie avec ictère, elle ne l'est plus pour les maladies du foie, telles que la cirrhose atrophique, qui le plus souvent ne s'accompagnent pas d'ictère, M. Debove répond qu'ici encore il est vraisemblable qu'il y a rétention des matières de la bile autres que la matière colorante, comme l'ont soutenu la plupart des auteurs pour expliquer les phénomènes graves qui surviennent chez les cirrhotiques, c'est-à-dire des ictères graves sans ictère.

Il ne s'agit, bien entendu, ajoute M. Debove, que d'une théorie, mais elle sert à comprendre une série d'accidents observés par les pathologistes.

Cette théorie concorde d'ailleurs avec un certain nombre de faits et d'analyses publiés de différents ictères. En effet, pour Frerichs, pour M. Vulpian et pour divers auteurs, l'ictère grave paraît dû à une altération du sang, à la non élimination de produits excrémentitiels, tandis que pour M. Debove les altérations du sang de l'ictère grave ne sont qu'une exagération de celles qui existent dans l'ictère simple ; aussi lui paraît-il raisonnable de soutenir que l'ictère simple est à l'ictère grave ce que le mal de Bright est à l'urémie. Ces théories ne sont pas purement spéculatives, mais elles paraissent devoir guider les médecins dans le traitement des maladies du foie. Il est en effet indiqué d'amener une sécrétion abondante d'urine dans l'ictère grave afin d'éliminer les produits excrémentitiels accumulés dans le sang. Cette polyurie devra même être provoquée chez tous les ictériques alors même qu'il n'y aura aucun signe d'ictère grave, de même que l'on n'attend pas chez un brightique qu'il se produise des accidents d'urémie pour faciliter, par divers moyens, surtout par le régime lacté, l'élimination des matières de l'urine accumulées dans le sang.

La séance est levée à quatre heures un quart.

Varèle.

FORMULAIRE

Solution pour injections hypodermiques d'hyoscyamine.

Rec.	Hyoscyamine cristalisée,	0,06 centigr.
	Eau distillée	40 grammes
	Eau de laurier-cerise	20 »

M. s. a. Commencer par injecter la moitié du continn de la seringue de Pravaz, ce qui équivaut à 0,005 d'hyoscyamine, et augmenter progressivement la dose.

L'hyoscyamine est un médicament calmant et sopoforique, qui dans bien des cas peut être substitué avantageusement à la morphine. Toutefois son emploi est contre-indiqué dans les cas de lésion organique du cœur, où précisément la morphine est d'un secours si précieux contre les accidents dyspnéiques.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

La paralysie générale chez la femme.

Leçon faite a la clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne), par le docteur E. Régis, chef de clinique. — Paris, Fréd. Henry.

La paralysie générale chez la femme est nn sujet susceptible d'intéresser, non seulement les aliénistes, maie le public médical tout entier, avec d'autant plus de raison qu'il est encore très mal connn, et qu'il en est à peine fait mention dans les ouvrages classiques.

Aucune monographie n'avait encore paru, en France, sur la pathologie générale féminine. Les Allemands seuls avaient décrit quelques-uns de ses caractères principaux. Grâce à de nombreux documents gracieusement mis à sa disposition par beaucoup de ses confrères, grâce aussi à l'étude toute spéciale qu'il avait faite pendant longtemps de la qnestion, M. Régis a pu aborder avec quelques détails la description de la paralysie générale chez la femme.

On savait, depuis Calmeil, que la maladie était moins fréquente chez la femme que chez l'homme, et que, relativement, assez commune chez la femme des classes inférieures, elle était extrêmement rare chez la femme des classes élevées de la société. Ce qu'on n'avait pas mis en lumière, c'est que, tandis que la paralysie générale est, en effet, assez commune chez les femmes des classes inférieures dans *les grandes villes*, elle est extrêmement rare, au contraire, chez la femme des classes *inférieures des campagnes*, peut-être même plus rare encore que chez la femme des classes élevée.

Cette particularité a une importance très grande et elle permet de rejeter l'opinion qui attribuait l'origine de la paralysie générale chez la femme à la misère, aux privations, aux fatigues, et s'appuyait, pour l'établir, sur la fréquence heaucoup plus grande de la maladie chez les femmes des classes pauvres.

Voici, du reste, les chiffres auxquels l'auteur est arrivé :

Sur 3,350 aliénés hommes de toute classe et de toute condition, il existe 702 paralytiques généraux, soit 21 pour 100. Sur 4,202 femmes aliénées, également de toute classe et de toute condition, il existe 166 paralytiqnes, soit 4 pour 100, ce qui fait que, d'une façon générale, la paralysie générale, chez la femme est un peu plus *de cinq fois* moindre que chez l'homme.

En décomposant ces chiffres, et en séparant les malades suivant qu'ils appartiennent aux maieons de santé privées, c'est-à-dire aux classes supérieures de la Société, aux asiles de la Seine, c'est-à-dire à la population ouvrière des villes ou aux asiles de province, c'est-à-dire à la population des campagnes, on a des résultats différents et pleins d'intérêt.

Ainsi, en ce qui concerne les sujets appartenant aux classes supérieures, M. Régis a trouvé sur 1,228 aliénés hommes des maisons de santé privées, 409 paralytiqnes, soit le chiffre énorme de 33,33 pour 100. An contraire, sur 1,041 aliénées femmes également prises dans les maisons de santé privées, il n'a trouvé qne 27 paralytiquee, soit 2 1/2 pour 100.

Ainsi, dans les hantes classes de la société, la paralysie générale est *treize fois* moins fréqnente chez la femme que chez l'homme.

Dans les asiles de la Seine, sur 1,122 aliénés hommes, on trouve 263 paralytiques, soit 23 pour 100. Sur 1,132 aliénées femmes, 88 paralytiqnes, soit 7,7 pour 100. Dans la classe ouvrière des villes, la paralysie générale est donc seulement *trois fois* moins fréquente chez la femme que chez l'homme.

Enfin, sur 1,000 aliénés, hommes des asiles de province, il n'existe que 30 paralytiques, soit 3 pour 100, et sur 2,386 aliénées femmes des mêmes asiles, 51 paralytiques, soit seulement nn peu plns de 2 pour 100.

Dans la classe pauvre des campagnes, la paralysie générale est donc nne *fois et demie* seulement moins fréquente chez la femme que chez l'homme, et elle y est très rare dans les deux sexes.

Tels sont les résnltats intéressants, comme on le voit, auxqnels M. Régis est arrivé en opérant sur 7,500 aliénés et sur 900 paralytiques généraux.

Les autres particularités cliniques de la paralysie générale féminine signalées dans ce mémoire peuvent être résumées ainsi :

Contrairement à ce qui a lieu chez l'homme, l'époque de l'apparition de la paralysie générale chez la femme est des plus irrégulières, et il n'est pas rare de la voir survenir soit avant trente ans, soit prée de soixante. Son apparition coïncide assez fréquemment avec la euppression de la fonction menstruelle. Elle paraît s'obeerver plus fréquemment chez les femmes ayant commis des excès hachiques ou vénériens.

La paralysie générale chez la femme débute en général d'une façon insidieuse et passe de la période prodromique à la période d'état sans *ictus cérébral*. Quelle que soit sa forme, *démente, expansive* on *dépressive*, elle est surtout *effacée, éteinte*, comme *torpide*. Le calme plat qui la consitue est parfois traversé par des orages maniaque d'une durée plus ou moins longue, mais qui prennent le plns souvent le caractère de l'agitation physique. Les complicatious de toute nature et en particulier les attaques congestives y sont plus rares que chez l'homme.

La paralysie générale chez la femme ne progresse que très lentement, sans secousses, sans hruit, par une série de transitions pour ainsi dire insensibles. Quelquefois elle semhle s'immobiliser à une période quelconque, surtout à la dernière. Elle se prolonge plus longtemps ; sa dnrée moyenne est de trois à quatre ans.

En raison de l'effacement de ees symptômes, la paralysie générale chez la femme ne se sépare pas très nettement d'habitude des autres démences dites organiques. Le diagnostic est souvent difficile et parfois même reste indécis.

On a donné différentes explications de la rareté plus grande de la paralysie générale chez la femme que chez l'homme. Suivant M. Régis, la femme et l'homme ont nn tempérament opposé. L'homme est un *cérébral*, la femme une *nerveuse*. Do là une direction pathologique hien différente pour les deux sexes. Lorsqne son système nerveux est excité, l'homme est atteint d'une affection cérébrale, paralysie générale ou antre. La femme, dans les mêmes conditions, marche vers la *névrose*, vers l'*hystérie*. Celle-ci serait donc l'équivalent, chez la

femme, des maladies cérébrales et de la paralysie générale chez l'homme.

Telle est l'explication qu'il propose, et elle s'accorde avec les résultats fournis par la statistique. En effet, chez les habitants des campagnes, le système nerveux n'est soumis à aucune excitation ; aussi la paralysie générale y est-elle à peine connue chez l'homme, de même que l'hystérie chez la femme. Dans la population ouvrière des villes, le système nerveux se trouve déjà soumis à des ébranlements assez intenses ; aussi déjà la paralysie générale y est-elle fréquente chez l'homme, l'hystérie chez la femme. Enfin, c'est dans les classes élevées de la société que le système nerveux est soumis aux ébranlements les plus répétés et les plus violents ; aussi est-ce là qu'on trouve plus fréquemment la paralysie générale chez l'homme et l'hystérie chez la femme.

Une autre preuve de ce qu'il avance serait, suivant lui, l'antagonisme qui semble exister entre l'hystérie et la paralysie générale. Celle-ci se développe très rarement sur un terrain nerveux, et lorsque par exception cela a lieu, on assiste pour ainsi dire à une espèce de lutte pathologique entre ces deux affections, d'où résulte un arrêt d'évolution de la paralysie générale.

Quant à expliquer pourquoi, malgré tout, la femme peut devenir dans certains cas paralytique, il faut avouer, dit l'auteur, que les causes, héréditaires ou autres, nous échappent encore en partie ; mais il ne paraît pas illogique d'admettre que la femme devient paralytique, comme l'homme devient hystérique, par une sorte d'infraction aux lois qui régissent son évolution pathologique.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Pajot, professeur d'accouchements, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le deuxième semestre de l'année 1882-1883, par M. Budin, agrégé.

***

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Le concours de l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements), s'est ouvert le 1er mars 1883 dans la salle des thèses de la Faculté de médecine de Paris. L'ordre du jour de cette première séance portait :

1° Constitution du jury ;

2° Détermination des jours et heures des séances ;

3° Choix des sujets de la composition écrite sur une question d'anatomie et de physiologie ;

4° Appel des candidats.

Ces derniers sont au nombre de 23 ; ce sont : MM. les docteurs Bar, Brun, Bureau, Campenon, Champétier de Ribes, Doléris, Dubar, Duret, Henriet, Jalaguier, Kirmisson, Lagrange, Le Bec, Loriot, Mayerier, Marchant, Nélaton, Picqué, Pollasson, Porack, Ribemont, Schwartz et Segond.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

54e année. 6e série. Tome V. N° 10 10 MARS 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 8 mars 1883.

LA SPÉCIFICITÉ DES MALADIES ENVISAGÉE AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE.

Dans un précédent numéro, nous avons dit, avec M. Peter, que le médecin a surtout à traiter, non des fièvres typhoïdes, mais des typhiques, et, d'une manière générale, non des maladies, mais des malades. M. Vulpian, dans le discours qu'il a prononcé mardi dernier à l'Académie de médecine, a combattu cette manière de voir et déclaré que, malgré les formes multiples de la fièvre typhoïde, on a à lutter en définitive contre le même agent morbifique; que, par conséquent, il est logique de chercher à agir par une médication uniforme. Notre savant confrere, à l'appui de cette opinion, a cité la fièvre palustre qui, malgré la variété de ses formes, et qu'il s'agisse d'une fièvre intermittente banale, d'une fièvre pernicieuse ou d'une fièvre larvée, est partout et toujours tributaire du quinquina ou de ses dérivés. Si, d'après cela, nous interprétons bien sa pensée, M. Vulpian semble admettre que la notion de spécificité d'une maladie entraîne forcément celle de spécificité du traitement à lui opposer.

En théorie cela pent paraître logique; dans la pratique il n'en est plus ainsi, et ce qui devrait constituer l'exception devient la règle. On nons permettra tout d'abord de nous abriter, à ce sujet, sous l'autorité d'un homme qui a le plus contribué à répandre et à féconder les notions de spécificité des maladies :

« La spécificité des maladies, dit Trousseau, n'implique pas l'existence d'un remède spécifique à chacune d'elles; d'autre part l'efficacité des remèdes spécifiques n'est pas telle qu'elle réponde toujours à ce qu'on attend. Il est des cas, en effet, où les médicaments, vantés à juste titre comme éminemment spécifiques, non seulement échouent, mais encore aggravent le mal qu'ils devaient guérir. Dans ce cas, il faut les abandonner et recourir aux médicaments dits rationnels, c'est-à-dire à ceux qui répondent aux indications de la médecine des symptômes » (1).

C'est ainsi qu'agit M. Vulpian, en attendant la découverte du spécifique de la fièvre typhoïde, découverte dont il ne désespère pas. Dans les formes légères de la maladie, il fait de l'expectation; dans les formes moyennes, il emploie le traitement classique par les purgatifs et les toniques; dans les formes graves, il a recours à l'acide salicylique. Du reste toutes ces médications n'ont, suivant lui, qu'une action palliative, et il n'y a pas lieu de vanter outre mesure les mérites d'aucune d'elles.

Nous ferons remarquer que, jusqu'à nouvel ordre du moins, M. Vulpian conforme sa règle de conduite à l'aphorisme rap-

(1) Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, t. 1, p. 480.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-HISTORIQUE

Suite. — Voir le numéro 8.

II. Le docteur Rabbinowicz, qui avait donné déjà il y a quelques années (en 1865), une traduction intéressante du *Traité des poisons Maimonides*, a extrait de sa traduction complète du Thalmud de Babylone tous les passages qui sont afférents aux sciences médicales, et il en a fait une publication (1) qui mérite de fixer l'attention des futurs historiens de la médecine.

Bien que nous soyons loin de partager l'enthousiasme de M. Rabbinowicz pour les connaissances anatomiques et médicales des auteurs du Thalmud, il ne nous répugne aucunement de convenir qu'on y trouve des passages hien curieux. Cependant il ne faudrait pas en faire un trop grand mérite aux rabbins (2). Ce n'est pas l'amour de la science, non plus que la recherche de la vérité, qui les a guidés dans leurs études. C'est tout simplement une question, sinon de fanatisme, au moins de *liturgie* ou de cérémonial religieux, qui presque toujours a posé les problèmes que l'on a cherché à élucider. Il s'agit de savoir dans quelles circonstances un animal est *terephah*. Voilà le but à peu près unique des expériences et des vivisections que pratiquaient les docteurs du Thalmud. « C'est ainsi que rabbi Joudah, croyant que la privation du duvet était pour les oiseaux assez grave pour les rendre téréphah, rabbi Simon, fils de Halaphtha, fit une expérience en privant une poule de son duvet, et en la soignant ensuite par la chaleur, et il a réussi à la guérir, le duvet ayant repoussé (p. 56). »

Par contre, nous réunissons nos félicitations à celles que M. Rab-

(1) *La médecine du Thalmud.* Paris, in-8 1880. Chez l'auteur, 63, rue de Seine.

(2) A ceux de mes lecteurs que les études un peu conjecturales intéressent, je signalerai un petit mémoire très curieux de M. C.-A. Piètrement, intitulé : *Les chevaux de l'Avesta et le mythe de Tistrya et Apaosha transformés en chevaux.*

pelé au début de cet article. Si, en effet, il n'institue pas la même médication dans tous les cas de fièvre typhoïde, s'il distingue des cas légers, moyens et graves, il fait de la médecine des indications, il traite des malades, non la maladie; le procès qu'il fait à l'aphorisme en question est donc plutôt un procès de tendance qu'un procès effectif.

Il est évident que cet aphorisme ne saurait être pris dans un sens absolu, et qu'en présence d'un malade le médecin doit s'inquiéter avant tout de la nature de la maladie. Mais comme cette nature, spéciale ou spécifique, nous échappe souvent, comme sa connaissance, dans les cas où elle est déterminée, n'entraîne pas nécessairement l'existence d'un remède spécifique, comme enfin la maladie spécifique présente des variétés individuelles aussi nombreuses que divergentes dans leurs manifestations, le praticien doit tenir le plus grand compte de ces variétés individuelles, c'est-à-dire se préoccuper le plus souvent et s'inspirer, dans ses prescriptions, plutôt de l'état du malade que de l'essence même de la maladie.

Il ne faut pas oublier, d'un autre côté, qu'une maladie engendrée par une cause spécifique peut n'emprunter rien de cette cause et rester au nombre des maladies banales. On a parlé beaucoup de l'origine syphilitique de l'ataxie locomotrice, et nous avons montré récemment, avec M. Lancereaux, qu'il est impossible d'identifier les deux processus morbides. Nous admettons volontiers cependant que, chez un sujet prédisposé à la sclérose systématisée des cordons postérieurs de la moelle, une lésion syphilitique, une gomme, par exemple, en irritant ces cordons, puisse devenir la cause occasionnelle du processus scléreux. Mais celui-ci, développé ainsi secondairement, n'a rien de syphilitique et le traitement spécifique, qui fera disparaître la gomme, sera sans action sur l'évolution de l'affection tabétique.

Il en est de même pour la plupart des maladies qui, à tort ou à raison, sont rapportées à l'invasion de l'organisme par des parasites, par des microbes. La doctrine microbienne, qui rencontre en M. Bouley un apôtre si ardent et si convaincu, a semblé tout d'abord simplifier outre mesure la pratique résultant des notions de spécificité. Si, avec la théorie de Brown, la thérapeutique avait surtout pour mission de stimuler l'organisme malade ; si, avec le physiologisme de Broussais, elle se résumait dans la médication antiphlogistique, la doctrine nouvelle semble borner son rôle à poursuivre et à atteindre, si possible, le parasite, le microbe, cause première du mal. Et chacun, en effet, est parti en guerre, oubliant le malade, négligeant l'évolution naturelle de la maladie, n'ayant en vue que le microbe, le seul, le véritable ennemi.

Les moyens d'attaque ou de défense ont varié suivant les circonstances et les expérimentateurs. Les chirurgiens ont pensé avec raison qu'il valait mieux empêcher l'ennemi de pénétrer dans la place, et ce sont eux qui ont eu les plus brillants succès. Les heureux résultats obtenus par la méthode et les pansements antiseptiques montrent que la doctrine microbienne est véritablement féconde quand il s'agit de ses applications à la médecine préventive, à la prophylaxie.

L'ennemi, pour continuer notre métaphore, est dans la place. S'il ne fait que d'y entrer, s'il n'a pas eu encore le temps d'étendre sa prise de possession, s'il peut être circonscrit de toutes parts, comme dans la pustule maligne, la médication antiseptique peut encore l'atteindre et le tuer sur place. Nous n'avons pas à rappeler les faits de Davaine, de Chipault (d'Orléans), etc.

Mais le microbe a envahi l'économie ; la lutte est engagée corps à corps entre lui et les éléments de l'organisme; ceux-ci sont plus ou moins atteints dans leur structure, leur vitalité, les milieux intérieurs sont altérés, les grandes fonctions sont en souffrance : que dit encore la doctrine microbienne? Toujours : « Sus au microbe! »

Les uns l'attaquent par le milieu extérieur. La GAZETTE MÉDICALE a rapporté, dans le numéro du 7 août 1880, les expériences d'un professeur de Pesth, M. Schwimmer, qui plongeait les varioleux dans une atmosphère d'acide phénique. La quantité absorbée du parasiticide n'était pas infinitésimale, comme dans les faits cités mardi dernier par M. Bouley, car les malades présentaient des accidents graves et non douteux d'intoxication phéniquée; ils n'en succombaient pa moins à la variole.

On a préconisé aussi les pulvérisations d'eau phéniquée contre la diphthérie : ont-elles données de meilleurs résultats que les autres médications ?

Voici qu'un vétérinaire de Vienne, M. de Froschauer, inocule la septicémie à des souris, la clavelée à des moutons, et les soustrait les uns et les autres à l'éclosion de la maladie infectieuse en les maintenant dans une atmosphère chargée

---

binowicz adresse aux médecins du Thalmud relativement aux précautions qu'ils prenaient pour épargner les souffrances aux animaux qu'ils sacrifiaient. Les membres des sociétés protectrices des animaux ont eu des ancêtres, on le voit.

Les docteurs Thalmudistes savaient que les muscles des membres coupés peuvent encore exécuter des mouvements pendant quelque temps

Ils avaient étudié les prodromes des menstrues et la relation de celles-ci avec la fécondation de la femme.

On étudiait les diverses nuances de la couleur des menstrues, et on les comparait avec les colorations des diverses sortes de sang provenant d'autres sources. On connaissait certaines substances au moyen desquelles on pouvait distinguer la tache provenant du sang de celle qui provient d'une matière colorante.

A côté de ces résultats de recherches expérimentales, on trouve en maint endroit la trace d'études cliniques, le fruit d'observations directes.

« Les hydatides du foie ne rendent pas l'animal terephab, car il peut vivre plus d'une année. »

Mais on voit toujours l'arrière-pensée de savoir si telle maladie est incurable, afin de déclarer l'animal terephah.

« Si le rectum est perforé dans l'endroit où il adhère aux parties ambiantes, le cas n'est pas mortel, car, dit Raschi, les matières qui sortiraient dans cet endroit par la perforation ne pourraient pas tomber dans la cavité péritonéale (p. 33). »

De l'aveu même de M. Rabbinowicz, « les médecins du Thalmud, en s'occupant des animaux, ne pouvaient pas se contenter de l'étude des symptômes. Ce n'est pas une école de vétérinaires qu'ils voulaient fonder. Le *traitement* des animaux n'avait donc pas d'importance. Le *pronostic* n'avait pas d'importance non plus, car si un animal malade n'a pas de maladie organique, quoiqu'il présente des signes évidents d'une mort prochaine, ce que le Thalmud appelle *messoukheneth*, il est permis de le tuer et d'en manger la viande. Ce qui est défendu, c'est de manger la viande d'un animal affecté d'une *maladie organique* incurable et rapidement mortelle. C'étaient donc les *maladies des viscères* qu'il fallait étudier, comme le font les médecins de nos jours. »

C'est ainsi, conclut M. Rabbinowicz, que « les médecins païens, qui n'avaient pas de but religieux dans leurs études médicales, se

d'hydrogène sulfuré. Ce gaz aurait-il des propriétés antiseptiques supérieures à celles des vapeurs phéniquées?

La médication réfrigérante, au point de vue de la doctrine parasitaire, se place entre les agents externes et les agents internes; en effet, si elle agit extérieurement, elle n'en modifie pas moins le milieu intérieur dans lequel vit et pullule le microbe. Ce microbe a besoin d'une certaine température pour accomplir ses fonctions. Par exemple, la bactéridie charbonneuse perd sa vitalité dans le milieu intérieur d'une poule, parce que la température de ce milieu est trop élevée; on refroidit la poule, et la bactéridie se développe. C'est le contraire qui arriverait pour le microbe de la fièvre typhoïde; celui-ci est plus frileux que la bactéridie charbonneuse, et les bains froids administrés suivant la méthode de Brand, auraient pour effet, non d'activer, mais de paralyser sa vitalité.

Poursuivre le microbe jusque dans ses derniers retranchements était chose tout naturellement indiquée: de là, l'administration des antiparasitaires par l'estomac, par le rectum, en injections hypodermiques, en injections intra-veineuses. Il est rare que, partant d'une idée préconçue, on n'arrive pas, même de bonne foi, à en trouver la confirmation dans des expériences entreprises pour la vérifier; en ce cas l'illusion est facile, *experientia fallax*. Beaucoup d'expérimentateurs se sont ainsi trompés eux-mêmes. M. Vulpian, plus familiarisé avec les difficultés de la méthode expérimentale, avoue, avec une franchise qui l'honore, que son espoir d'atteindre l'agent typhogène par l'acide salicylique a été déçu. Beaucoup de déceptions de ce genre pourraient, sans doute, être enregistrées. Voilà, en effet, deux substances, comptant certainement parmi les meilleurs antiseptiques, l'acide phénique et l'acide salicylique, qui sont administrés contre la fièvre typhoïde. Agissent-ils véritablement comme antiseptiques? Nullement; l'expérience clinique montre qu'ils agissent comme antithermiques ou antipyrétiques. Les partisans de la doctrine microbienne diront peut-être, avec M. Bouley, que ces agents sont parasiticides secondairement, en abaissant la température du milieu où pullulent les microbes; c'est là une simple hypothèse qu'il faudrait démontrer.

Mais admettons que les microbes soient tués: leur présence dans l'organisme constitue-t-elle toute la maladie et suffira-t-il, pour mettre fin à celle-ci, de les détruire, de même qu'il suffit d'arracher une dent cariée pour faire disparaître la douleur névralgique qui en est le symptôme? Non; les désordres causés par la lutte dont nous avons parlé plus haut persistent, les éléments anatomiques, les milieux intérieurs restent altérés, les fonctions générales troublées, en un mot, la maladie poursuit son évolution, indépendamment de la cause qui lui a donné naissance, et la spécificité de cette cause ne saurait plus, par conséquent, servir d'indication ou de base à la thérapeutique.

La conclusion de ces développements, qu'il serait facile, mais qu'il est, sans doute, inutile d'étendre davantage, c'est que la doctrine microbienne, qui a la prétention de simplifier la notion de spécificité en thérapeutique comme en pathologie, doit inspirer au praticien la même réserve que les autres doctrines systématiques, qui ont brillé à leur époque d'un vif éclat, mais n'ont pu résister à l'expérience des âges suivants. Féconde en bons résultats quand il s'agit de médecine préventive ou de prophylaxie, la doctrine microbienne n'a conduit, jusqu'à présent, en thérapeutique, qu'à des déceptions.

Dr F. DE RANSE.

EXPÉRIENCES D'INOCULATION DE LA SYPHILIS AUX ANIMAUX.

Les récentes recherches de M. Martineau, relatives à l'inoculation de la syphilis au singe, donnent un intérêt d'actualité aux faits expérimentaux du même ordre que vient de publier M. Neumann, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Vienne (1).

M. Neumann a inoculé des produits syphilitiques à une série d'animaux d'espèces variées, et toujours le résultat a été négatif.

Le 20 janvier, il a inoculé à un singe mâle, à la région fronto-pariétale préalablement rasée, le dépôt lardacé recueilli à la surface d'un chancre syphilitique. Au bout de quinze jours, l'animal succomba à la tuberculose pulmonaire, comme le fit voir l'autopsie. Aucune modification appréciable n'était survenue au siège de l'inoculation.

Chez un autre singe, M. Neumann pratiqua une inoculation à la région crânienne, le 17 février 1882; la matière inoculée était du pus recueilli à la surface d'un chancre induré de date récente. Quelques jours plus tard apparut, au point d'inocula-

(1) WIENER MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1882, nos 8 et 9.

---

sont tous égarés dans leurs recherches, et ils ne savaient jamais ce que c'était qu'une maladie, et c'est le but religieux que poursuivaient les docteurs du Thalmud qui les a conduits sur la véritable voie de la science. » — La vertu est toujours récompensée.

Et cependant que d'absurdités anatomiques ou physiologiques le Thalmud ne renferme-t-il pas?

On lit dans une beraïtha: « Il y a deux ouvertures dans le membre de l'homme, une pour l'urine (le méat urinaire) et l'autre pour le sperme; elles sont séparées l'une de l'autre par une cloison très mince; si par suite d'un pressant besoin d'évacuation la cloison se perce, l'homme devient stérile. »

Mais voici qui est encore bien merveilleux:

« La mère du roi de Perse avait fait présenter soixante espèces de sang à Rabba, et celui ci en reconnut la provenance » (p. 80).

On peut voir par les citations que je viens de faire combien de documents intéressants pour l'histoire de la science M. Rabbinowicz a mis à notre portée en s'astreignant à un labeur aussi ingrat que celui qui consiste à extraire toute la partie médicale d'un recueil de doctrines ésotériques au premier chef.

M. Rabbinowicz a fait mieux: en hébraïsant consommé, il a élucidé maints passages du texte par trop obscurs. Et si nous n'avons pu nous dispenser de signaler l'espèce de séduction que semblent avoir exercé sur l'esprit du traducteur les connaissances des docteurs du Thalmud, nous sommes loin de lui en faire un crime. Car, en fin de compte, M. Rabbinowicz a bien mérité de la science.

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

PRIX BIENNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE PARIS. — La Société décernera, dans sa première séance de janvier 1885, un prix de 300 francs et une médaille commémorative à l'auteur du meilleur mémoire inédit traitant un sujet de médecine pratique qui lui aura été présenté avant le 1er octobre 1884.

Les travaux, accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur, devront être adressés *avant le 1er octobre 1884*, à M. Gillet de Grandmont, secrétaire général, 4, rue Halévy.

tion, une nodosité dure, indolente, du volume d'un grain de millet, au niveau duquel la peau avait conservé son aspect normal. Les ganglions du voisinage n'étaient pas engorgés. A partir du 4 mars, le volume de cette nodosité alla en diminuant et il n'en restait plus de traces le 17 du même mois. Ce même jour, une nouvelle inoculation d'un fragment de chancre induré fut faite dans le voisinage de la première; il s'en suivit une infiltration pâteuse, qui donna issue à du pus le 27 mars. Le 3 avril, cette infiltration était entièrement résorbée et ne laissait pas subsister la moindre induration.

Le 3 avril, double inoculation chez le même singe, toujours à la région cranienne, et de même le 14 et le 29 avril. Ces nouvelles inoculations ne provoquèrent aucune réaction locale. Le 13 mai on transplanta un fragment de chancre induré, fraîchement excisé, sous la peau du dos, au niveau de la dernière vertèbre lombaire. La plaie cutanée se cicatrisa par première intention; mais il se forma, plus profondément, un abcès qui ne mit que dix jours à guérir.

Dans l'espace des cinq mois qui s'étaient écoulés depuis la première expérience, aucune manifestation pathologique n'était survenue chez l'animal, et il en fut encore de même dans la suite.

Un troisième singe a été inoculé successivement au pavillon de l'oreille, au gland, à la face interne des cuisses, en deux points différents du prépuce, à l'aine. Les inoculations ont été répétées sur le gland, sur le pavillon de l'oreille, dans l'aine, sans le moindre résultat.

Tout aussi négatifs ont été les résultats des inoculations pratiquées avec des produits syphilitiques chez deux chevaux (au cou et à la vulve), chez un porc, chez une martre. Nous ne citerons que pour mémoire les résultats négatifs des inoculations faites avec du pus de chancres *mous*, chez un lievre, chez un lapin, un cobaye, un chat et un rat.

Ces résultats, en somme, vont à l'encontre de ceux qui ont été publiés par M. Klebs (de Prague) en 1879 et tout récemment par M. Martineau. M. Klebs et M. Martineau ont signalé, à la suite d'inoculations de produits syphilitiques à des singes, des résultats positifs; apparition d'une érosion à base indurée au siege de l'inoculation, syphilides papuleuses, et, dans les expériences de Klebs, exostoses crâniennes. Mais jusqu'ici la croyance à la nature spécifique de ces lésions n'a pas trouvé beaucoup de crédit, et les expériences de M. Neumann semblent justifier la défiance avec laquelle on a accueilli ces premiers résultats.

E. R.

CHIRURGIE PRATIQUE

De la valeur comparée de l'élongation, de l'arrachement et de la névrectomie dans le traitement de la névralgie sous-orbitaire rebelle. — (Rapport fait à la Société de chirurgie à propos d'une communication du docteur Blum), par M. S. Pozzi.

Suite et fin. — Voir les numéros 8 et 9.

Il serait tout à fait hors de propos de nous arrêter à discuter ici la valeur des nombreux procédés mis en usage pour opérer la résection du nerf sous-orbitaire auxquels s'attachent les noms de Bérard aîné, Malgaigne, Jules Roux, Herrgott, A. Guérin, en France; de Carnochan, en Amérique; de Langenbeck, Schuh, Wagner, Lücke, Lossen et Braun, en Allemagne (1).

Nous dirons tout de suite que c'est le procédé proposé d'abord et pratiqué par Wagner, de Kœnigsberg (2) (avec un instrument spécial entièrement inutile) puis, en France, bien décrit par Letiévant (3), mis depuis en pratique et ingénieusement modifié par M. Tillaux (4), qui nous paraît devoir être adopté sans conteste. Si l'on croit devoir pratiquer l'avulsion du bout périphérique, comme l'a conseillé notre savant collègue, nous pensons avec M. Nicaise (5) qu'il faudrait intervertir les temps de cette manœuvre complémentaire, de manière à n'irriter le nerf par la ligature de son bout terminal que lorsqu'il aurait été séparé du centre et serait, par suite, devenu inerte. Nous avonons, du reste, ne pas être absolument fixé sur la valeur de ce perfectionnement; il n'est pas démontré par une expérience suffisante qu'il mette davantage à l'abri des récidives. Lorsque celles-ci se sont produites à la suite de la névrectomie, elles ont presque toujours porté, non sur le nerf antérieurement sectionné, mais sur une autre branche du trijumeau. L'ablation de deux centimètres du nerf dans sa continuité est toujours facile avec le procédé décrit par Letiévant; la dégénérescence wallérienne s'empare bientôt après du bout périphérique séparé de son centre trophique, et avant qu'une cicatrice l'ait relié au bout central, cette dégénérescence est si complète qu'elle équivaut tout à fait à une destruction. Ce procédé paraît donc suffisant. D'autre part, la manœuvre de M. Tillaux rend l'opération plus longue (une grande abondance de sang, est-il dit dans l'observation de M. Terrillon, qui l'avait mis en usage, gêna la recherche du nerf); enfin, elle donne une cicatrice très apparente, tandis qu'elle est à peu près invisible et cachée dans le sillon normal qui marque l'insertion de la paupière, lorsqu'à l'incision transversale curviligne on n'a pas joint le prolongement vertical nécessaire pour découvrir et lier le nerf à sa sortie du trou sous-orbitaire, et extraire le bout périphérique, ainsi que le recommande M. Tillaux.

Nous croyons avoir démontré que la névrectomie du sous-orbitaire par le procédé de Wagner-Letiévant est une opération simple et bénigne. Est-elle efficace et soutient-elle la comparaison, sous ce rapport, avec l'élongation? Les faits seuls, nous semble-t-il, peuvent être appelés à trancher la question, indépendamment de toute considération théorique, car il serait tout aussi facile de trouver *à priori* des arguments en faveur de l'une que de l'autre de ces méthodes.

En compulsant les derniers travaux publiés sur la question (6), nous avons réuni neuf cas d'élongation pratiquée sur

(1) Consulter pour l'indication très sommaire des procédés français: Sedillot et Legouest, Traité de médecine opératoire, 1870, t. II, p. 11, ainsi que le Traité de Letiévant cité plus bas, et pour la description détaillée des procédés étrangers, Ed. Albert, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre (Wien und Leipzig), I, p. 243.

(2) Archiv für Klinisch. Chir., 1870.

(3) Traité des sections nerveuses, Paris, 1873, p. 509 et suiv.

(4) Loco citato.

(5) Gazette des Hôpitaux, 8 décembre 1881.

(6) En particulier: F. Scheving. De l'élongation des nerfs. Thèse de Paris, 1881. — Jules Bursaux. De la résection du nerf sous-orbitaire dans la névralgie faciale rebelle, Thèse de Paris, 1882. — Henri Michon. Des moyens chirurgicaux employés comme traitement de la névralgie faciale rebelle, Thèse de Paris, 1882. — Artaud et Gilson. De l'élongation des nerfs: Revue générale, in Revue de chirurgie, 1882, nos de février et de mars. — Article de Revue: Nerve-

le nerf sous-orbitaire pour névralgie. Ce n'est pas beaucoup, et pourtant c'est plus que ne le pensait M. Blum : « A ma connaissance, nous disait-il, à la date du 22 février, l'élongation de ce nerf n'a été faite que trois ou quatre fois. » — Encore avons-nous éliminé un cas de Grainger Stewart (1) qui est donné comme un cas de succès après deux élongations. On voit, en effet, par la lecture de l'observation, qu'une première élongation était restée sans succès ; en découvrant le nerf pour en pratiquer une seconde on *coupa* le nerf à sa sortie du trou sous-orbitaire. Ce n'est qu'après cette section que les douleurs cessèrent : l'opéré n'a pas été guéri. Ce cas complexe, qui pourrait être revendiqué à la fois par les partisans de l'élongation et par ses adversaires, doit être rejeté d'une bonne statistique. Nous ferions entrer plus volontiers dans celle-ci l'observation de M. Blum, qui peut être considérée comme cas d'une élongation suivie de rupture. Mais nous avons su résister à cette tentation.

Voici le tableau des neuf observations d'élougatiou du nerf sous-orbitaire :

1er TABLEAU. — Neuf élongations du nerf sous-orbitaire, pour cause de névralgie

OPÉRATEURS.	INDICATION bibliographique.	AGE.	DÉBUT des accidents.	TEMPS pendant lequel le malade a été suivi.	RÉSULTAT.
VOGT.	*Die Nervendehnung*, Leipzig, 1877.	50 ans	10 ans	»	Guérison.
WALSHAM.	*British medic. Journ.* 1880, V. II, p. 109.	50 ans	10 ans	»	Guérison (après érysipèle).
SPENCE.	*The Lancet*, 1880, Vol. I, p. 249.	»	»	»	Guérison après une seconde élong. La douleur avait reparu au sixième jour après la première.
PANAS.	*Arch. d'Ophtal.* 1881, p. 386	21 ans	2 ans	1 mois	Guérison.
CH. MONOD. (publié par Quinquaud).	*Bulletin de la Soc. de Biologie*, 1881.	»	»	»	Insuccès (l'anesthésie ne persiste qu'une heure après l'opération
HIGGENS.	*British medic. journ.*, 1879, vol. I, p. 893.	62 ans	2 ans	2 mois	Guérison (le sus-orbitaire a aussi été élongé).
BADAL.	*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux.* 1881, n. 47, 49, 51	39 ans	3 ans	»	Insuccès complet. (Pas même un soulagement momentané)
BADAL.	*Ibidem.*	38 ans	»	»	Insuccès complet. (Pas de rémission).
COPPEZ.	*Ann. d'oculistique*, 1882, p. 59.	5 ans	2 mois	»	Guérison.

Sur ces neuf cas, nous trouvons d'abord trois insuccès complets (une observ. de Monod, deux observ. de Badal). Dans une autre observation, la première élongation n'a amené qu'un soulagement de six jours de durée, et on a dû recommencer : nous ne savons pas combien de temps la guérison s'est ensuite maintenue (obs. de Spence). — Il faut regretter, en effet, la hâte excessive que mettent les chirurgiens, surtout les chirurgiens étrangers, à publier les observations de ce genre avec le titre de *guérison*, quelques semaines à peine après leur intervention. Un laps de temps autrement considérable est nécessaire pour justifier cette appréciation. — En somme, les malades *élongés* dont la guérison a été suivie le plus longtemps sont ceux de Higgens et de Coppez ; et cette période n'est que de *deux mois*.

Passons aux résultats de la névrectomie. Ici, à cause des divers procédés employés, il faut faire une division, distinguer les faits où le procédé actuellement adopté en France (Wagner-Letiévant, Tillaux), a été mis en usage, de celui où l'on a employé le procédé actuellement le plus suivi en Allemagne et caractérisé par la résection ostéoplastique de l'os malaire (opération de Lücke, modifiée par Lossen et H. Braun (1). Nous repoussons ce procédé comme nécessitant une opération incomparablement plus grave que le procédé précédent. Alors même que celui-ci mettrait moins à l'abri d'une récidive, il nous semble que la perspective d'une seconde incision par le procédé de Letiévant serait préférable à une seule résection ostéoplastique par celui de Lücke. Il faut reconnaître cependant que de très beaux résultats ont été fournis par cette méthode. Braun cite plusieurs cas opérés depuis *quatre ans*, dans lesquels la guérison s'est maintenue.

C'est aussi à cause de sa gravité relative et des inflammations de l'orbite auxquelles il expose, que nous écartons l'ingénieux procédé de Malgaigne, même modifié par Schub, malgré les succès nombreux et durables qu'on lui doit (2).

Avec le procédé vulgarisé par Letiévant, tout au contraire, peu de dangers, et en même temps résultats très supérieurs à ceux de l'élougation.

2e TABLEAU. — Cinq névrectomies du tronc du nerf sous-orbitaire par le procédé Wagner-Letiévant (avec la modification de Tillaux, pour les trois premières.)

OPÉRATEURS.	INCICATION bibliographique.	AGE.	DÉBUT des accidents.	TEMPS pendant lequel le malade a été suivi.	RÉSULTAT.
TILLAUX.	*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* (13 juin 1877) t. III, p. 416	32 ans	12 ans	5 ans (comm orale).	Guérison (dure encore).
TERRILLON.	*Soc. de Chir.* t. VII (1881), p 129.	54 ans	3 ans	2 ans (comm. orale).	Guérison (dure encore).
NICAISE.	*Gaz. des Hôp.* 8 déc. 1881.	44 ans	3 a. 1/2	plus d'un an (comm. orale).	Guérison (dure encore).
E. SCHWARTZ	*Thèse de Michon*, Paris, 1882, p. 54.	61 ans	11 ans	14 mois (comm. orale).	Guérison (dure encore).
POZZI.	*Inédite.*	70 ans	9 ans	18 mois	Guérison

Nous avons réuni (voir le tableau ci-contre) cinq cas publiés en France dans ces dernières années. Ici, pas un seul insuccès,

STRETCHING, IN THE AMERICAN JOURNAL OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY, May 1882.

(1) BRITISH MEDICAL JOURNAL, 1879, cité par MM. Artaud et Gilson, *loco citato*.

(1) DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR CHIRURGIE, Bd IV, p. 322, Braun, CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, 1878, p. 148, et 1882, p. 249. Czerny, ARCHIV. F. PSYCHIATRIE, Bd X, Heft 1.

(2) Carl Fieber a récemment obtenu par ce procédé la guérison, pendant deux ans, d'une névralgie cruelle. BERLIN. KLIN. WOCH., no 19, p. 269, 1878.

et toujours guérison stable, constatée depuis le jour de l'opération jusqu'à maintenant. M. Tillaux, qui a revu récemment son opérée, après cinq ans, a constaté sa guérison persistante. M. Terrillon voit la guérison durer depuis deux ans (communication orale). M. Nicaise depuis plus d'un an. J'ai moi-même suivi depuis quinze mois la guérison complète d'une névralgie des plus cruelles datant de neuf ans, pour laquelle j'ai pratiqué la névrotomie chez une vieille cliente de mon ami, le docteur Dieulafoy, que la douleur empêchait de dormir et de manger; dans ces derniers temps, quelques douleurs très faibles se sont seulement montrées à intervalles éloignés (3). M. Schwartz a publié une observation au bout de cinq mois de guérison, et je tiens de lui que la guérison ne s'est pas démentie depuis, ce qui fait quatorze mois. Dans ces deux dernières opérations, le chirurgien s'est borné à exciser un centimètre et demi du nerf dans sa continuité, sans procéder ensuite à l'arrachement du tronc périphérique, comme le recommande M. Tillaux.

Il suffit de rapprocher ces résultats de ceux de l'élongation pour montrer la supériorité de l'excision nerveuse dans le traitement de la névralgie sous-orbitaire.

En terminant ce rapport, nous croyons devoir résumer les points principaux qui ressortent de l'examen critique auquel nous nous sommes livrés. Ils peuvent se résumer dans les propositions suivantes:

1° L'arrachement de l'extrémité terminale d'une branche du trijumeau dans le traitement des névralgies faciales, qui, dans deux cas sur trois observations publiées, a été un simple accident opératoire de l'élongation, ne saurait prendre place à côté d'elle comme méthode distincte;

2° Comme l'élongation, à laquelle il se rattache étroitement, il constitue un traitement de la névralgie sous-orbitaire inférieur à la névrectomie par la méthode actuellement adoptée en France et offre des dangers plus sérieux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

De l'influence des excitations génésiques sur la marche et les complications des plaies, par le docteur Poncet (de Lyon).

Toute cause d'affaiblissement, qu'elle soit passagère ou durable, a sur la marche des plaies une fâcheuse influence. Ce fait d'observation courante signalé par les plus anciens auteurs, a surtout été mis en lumière à notre époque par les travaux de M. le professeur Verneuil et de ses élèves; mais, à côté des états généraux ou diathésiques, il y a aussi tels incidents en apparence inoffensifs qui ne sont pas sans importance, et parmi ceux-là il faut placer le coït. A la suite de légers traumatismes, dans le cours d'une convalescence, un malade encore jeune peut trouver dans son entourage des causes d'excitation qui, plus tôt que de raison, lui font oublier son état de malade. Il est facile de se rendre compte *à priori* que l'ébranlement nerveux, la fatigue physique, qui accompagnent l'érection ou le coït, ne seront pas sans influence sur la marche d'une plaie en voie de suppuration. La confirmation de cette déduction théorique se trouve dans les observations recueillies par M. Poncet. On y voit les complications les plus diverses suivre à de courts intervalles le coït soit unique, soit répété: dans un cas c'est l'infection purulente et la mort; dans d'autres cas des abcès, des lymphangites plus ou moins graves, du tétanos chronique, un retard insolite dans la consolidation d'une fracture, etc., etc.

Il y a donc là un facteur qu'on ne saurait impunément négliger dans la pratique, et aux préceptes ordinaires d'hygiène, le chirurgien fera bien, le cas échéant, d'ajouter les recommandations les plus formelles sur la continence à observer jusqu'à pleine et entière guérison. (Lyon médical, nos 6 et 7, février 1882.)

Du spray phéniqué dans le croup, par le docteur Demons (de Bordeaux).

Répandre de la vapeur d'eau dans la chambre d'un enfant opéré de la trachéotomie, est depuis longtemps un précepte classique, et sans en exagérer l'importance on ne peut non plus nier dans bien des cas sa bienfaisante action. Le docteur Demons a songé à perfectionner ce procédé, et l'emploi des vapeurs phéniquées se trouvait tout indiqué dans un temps où l'acide phénique devient la panacée de toutes les toxémies. Trois fois le spray a été employé, et dans ces trois cas, on n'a eu qu'à se louer de son action. C'est au moyen d'un pulvérisateur à vapeur (modèle Lucas-Championnière) que le chirurgien de Bordeaux produit le nuage phéniqué; il emploie à cet effet une solution d'acide phénique au 5/100; le jet n'est pas spécialement dirigé vers le lit du malade, et on l'interrompt de quart en quart d'heure pour ne point sursaturer l'atmosphère de la chambre.

Dans les trois cas rapportés par M. Demons, les petits malades appartenaient à des familles médicales: l'observation a donc pu être attentive et éclairée et les moindres phénomènes exactement notés; dans un cas entre autres, toutes les fois qu'il survenait chez le petit opéré de l'agitation, avec une tendance à la sécheresse de la canule et de la difficulté de la respiration, on voyait disparaître ces accidents après une séance de spray de quelques minutes.

Un si petit nombre de faits, quelque bien observés qu'ils soient, ne saurait suffire à établir d'une façon définitive la valeur de cette médication; mais elle ne peut être nuisible, et cette innocuité absolue autorise à en expérimenter largement les effets contre la diphtérie avant ou après l'opération. (Journal de médecine de Bordeaux, 19 mars 1882.)

Fracture de la voute du crane avec perte de substance cérébrale, par le docteur Levillain (de Lisieux).

Il s'agit dans ce cas d'un enfant d'une douzaine d'années qui reçut sur la bosse pariétale du côté gauche le contre-poids en fer d'une cloche, pesant 2.100 grammes et tombant d'une hauteur de 7 m. 20. Le blessé, renversé par le choc, ne perdit pas connaissance, et put causer en pleine liberté d'esprit. Il existait une plaie du cuir chevelu, avec fracture du pariétal gauche près de sa suture avec le frontal. L'hémorrhagie fut presque nulle, mais l'issue d'une certaine quantité de substance cérébrale qu'on retrouva sur les vêtements de l'enfant

(3) Au moment de mettre sous presse, j'apprends que la névralgie vient de revenir chez mon opérée, avec une certaine intensité, après dix-huit mois de guérison absolue. Elle me demande une seconde opération, que je me propose de lui pratiquer si les moyens médicaux restent sans effet.

et jusque sur le sol, confirmait le diagnostic de fracture, et aggravait le pronostic. Le repos absolu fut prescrit et on maintient sur la tête une vessie pleine de glace. Pendant les treize premiers jours on n'observe pas le moindre accident; mais le quatorzième jour, l'enfant tombe dans la torpeur, répond à peine aux questions; il y a du délire, du strabisme, un peu de dyspnée et une parésie marquée des membres du côté opposé à la lésion. Au bout de quarante-huit heures, cet état se dissipe après l'issue spontanée par la plaie d'un liquide sanguinolent dont la quantité est évaluée à une tasse à café. Quelques jours après la guérison était complète, sans aucune intervention thérapeutique. L'enfant, revu six mois après l'accident, continue à jouir d'une santé parfaite. (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, n. du 20 avril 1882).

Brulure grave du cuir chevelu; élimination du pariétal et d'une portion du frontal; guérison, par le dr Delhaye (de Solesmes).

Il s'agit, dans cette curieuse observation, d'une petite fille de deux ans, qui en l'absence de sa mère, tombe de son berceau sur un poêle chauffé au rouge. L'enfant resta vingt minutes environ dans cette position; quand on la retira, une partie du cuir chevelu, correspondant à la région fronto-pariétale gauche et un morceau de la peau de la face palmaire de la main gauche restèrent adhérents au poêle. Cette enfant eut du délire pendant les huit jours qui suivirent l'accident; *le bras droit fut paralysé* pendant le même laps de temps; le pariétal tout entier et une portion du frontal se nécrosèrent et se détachèrent le cinquième jour.

Pendant six mois, la petite malade n'a vécu qu'avec du jus de viande et du vin de Malaga, refusant tout autre aliment. Elle se rétablit de cette horrible blessure, et deux ans après elle a pu être présentée à la Société centrale de médecine du département du Nord; l'enfant se portait parfaitement; elle était fort intelligente et parlait avec facilité. La perte de substance s'était réparée par une membrane fibreuse de nouvelle formation, au milieu de laquelle se trouvait encore une croûte de l'étendue d'une pièce de un franc. Sur les bords de l'ouverture une formation osseuse récente permettait d'espérer une obturation complète de cet hiatus. (Bulletin médical du Nord, février 1882.)

P. Berdinel.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 février 1883. — Présidence de M. Blanchard.

Physiologie expérimentale. — De l'atténuation directe et rapide des cultures virulentes par l'action de la chaleur. — Note de M. A. Chauveau.

Le présent travail a peut-être une grande importance pratique: je m'en expliquerai plus tard; pour le moment, il ne vise qu'un point de la physiologie générale des virus, à l'étude duquel j'ai consacré un grand nombre d'expériences faites sur le *Bacillus anthracis*, avec l'assistance intelligente de M. le docteur Jean Wosnessensky.

Les recherches initiales de M. Toussaint, confirmées et expliquées par M. Pasteur, ont démontré que le chauffage du sang charbonneux est susceptible d'atténuer considérablement la virulence des *bacilli* qui y sont contenus; j'ai démontré ensuite que cette atténuation peut être graduée, à volonté pour ainsi dire, en variant les conditions du chauffage. Je vais prouver que ce chauffage, envisagé comme méthode d'atténuation quasi instantanée des virus, peut être appliqué aux liquides de culture artificielle avec beaucoup plus de succès encore qu'aux humeurs naturelles de l'économie animale, humeurs dont le maniement est difficile et délicat, tandis que celui des cultures est aussi simple dans les procédés que certain dans les résultats. Voici comment je procède:

J'ensemence du bouillon stérilisé avec du sang charbonneux frais. Les matras sont placés ensuite dans un thermostat, maintenu à la température + 42°, 43°, comme avec la méthode d'atténuation de M. Pasteur. Mais, au lieu de garder les matras pendant douze à treize jours dans le thermostat, on les en retire au bout de vingt heures environ, pour les soumettre, dans un autre thermostat, à la température + 47°, pendant une heure, deux heures, trois heures, même davantage. L'opération est alors terminée; elle n'a pas détruit la vitalité des agents virulents de la culture; mais ceux-ci ont perdu plus ou moins de leur nocuité, suivant que le chauffage a été plus ou moins prolongé.

Le premier temps de l'opération, séjour de vingt heures dans le thermostat chauffé à la température + 43°, répond à la phase de prolifération du virus. Rien de particulier à dire sur la préparation des cultures. J'emploie du bouillon de poulet léger et très clair, dans lequel je laisse tomber une goutte de sang riche en bâtonnets charbonneux. Je préfère cette semence aux spores d'une culture antérieure, pour éviter le danger, sans doute chimérique, qui résulterait de la non-transformation de quelques-uns de ces agents très résistants. L'important, en effet, est d'obtenir, dans les cultures, les agents virulents sous une forme qui les laisse très accessibles à l'influence de la chaleur. Cette indication est parfaitement réalisée dans les conditions signalées. Le bouillon est bientôt rendu trouble par la formation d'un mycélium qui se fragmente en petits filaments ou courts bâtonnets, analogues aux *bacilli* du sang frais, sur lesquels le chauffage a une si grande prise.

Le deuxième temps, répondant à la phase d'atténuation, n'implique aucune manipulation délicate, comme le premier, du reste. Au sortir de l'étuve où thermostat à + 43°, les matras sont placés dans le second appareil chauffant, après prélèvement d'une pipette de liquide destinée à l'essai de l'activité des cultures. Deux facteurs interviennent dans l'atténuation que le chauffage imprime à ces cultures: le degré d'élévation et la durée du temps d'exposition à cette température surélevée. Si la valeur du premier de ces facteurs diminue, celle du second doit s'accroître, et réciproquement. Il résulte de mes nombreuses expériences qu'un chauffage de trois heures à la température + 47° suffit à transformer en agents inoffensifs pour le cobaye les filaments et bâtonnets de cultures primitivement très virulentes.

Le chauffage ne modifie pas l'aspect extérieur des cultures; il y suspend, en effet, toute prolifération des filaments et bâtonnets; mais il ne s'oppose pas au développement des spores rudimentaires; le chauffage, au contraire, en favorise la multiplication ou les fait apparaître, quand elles ne préexistent pas.

J'ai annoncé qu'avec cette méthode l'atténuation des cultures peut être graduée à volonté, en donnant au chauffage une durée proportionnelle au degré d'atténuation qu'on veut obtenir. C'est là un des points intéressants de mes recherches. Pour me renseigner avec exactitude et donner toute sûreté aux résultats de mes inoculations d'épreuve, j'ai toujours fait celles-ci sur le cobaye, en injectant sous la peau d'une cuisse une ou deux gouttes du liquide, suivant la taille des sujets. Dans ces conditions, si l'on essaye comparativement le même liquide de culture, supposé très actif, avant chauffage et après chauffage pendant une heure, deux heures, trois heures, quatre heures, voici ce qui arrive: tous les cobayes inoculés avec le liquide non chauffé meurent rapidement, c'est-à-dire en quarante-huit heures environ, avec un œdème considérable. Ceux qui ont reçu le liquide chauffé une heure pé-

rissent également presque tous; mais la mort arrive généralement moins vite que sur les premiers. Le liquide chauffé deux heures se montre beaucoup moins actif, car, parmi les animaux qui l'on reçu sous la peau, les uns périssent tardivement, avec une faible infiltration locale; les autres, en nombre égal au moins, résistent et survivent. Quant au liquide chauffé trois heures, on ne le voit jamais tuer les cobayes adultes, ni même produire d'accident local sensible. A plus forte raison, en est-il de même avec les liquides chauffés pendant quatre heures et au delà. Et cependant, les agents virulents contenus dans ces liquides inoffensifs ont conservé leur faculté prolifique : point important qui mérite d'être traité à part.

D'après les expériences que j'ai pu faire, la virulence primitive serait en raison inverse, son atténuation en raison directe du nombre des spores rudimentaires qui altèrent l'homogénéité du protoplasme des filaments et des bâtonnets.

Il est donc acquis que le chauffage est un excellent moyen d'atténuer quasi instantanément les cultures virulentes préparées dans certaines conditions. Si cette atténuation pouvait être considérée comme l'indice d'une transmutation spécifique, il ne faudrait pas hésiter à mettre la chaleur au nombre des plus importants agents capables d'imprimer au protoplasme en état d'évolution des déviations transformistes.

THÉRAPEUTIQUE.—CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉFRIGÉRATION DU CORPS HUMAIN DANS LES MALADIES HYPERTHERMIQUES, ET EN PARTICULIER DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. Note de M. DUMONTPALLIER.

En 1880, au mois de mars, devant l'Académie de médecine, et, dans la même année, au mois d'août, au Congrès de Reims, j'ai fait connaître les résultats de mes expériences sur la réfrigération du corps humain au moyen d'un appareil spécial.

Déjà convaincu, à cette époque, que l'hyperthermie dans les maladies n'est point seulement un symptôme, mais peut devenir un agent qui engendre des complications graves, un agent destructeur des humeurs et des tissus, je m'étais proposé d'abaisser la température d'une façon continue ou intermittente par un procédé dont l'action fût scientifiquement mesurable, à chaque moment de l'expérience thérapeutique, et cela sans exposer le malade à aucun danger.

En agissant ainsi, je voulais me tenir en garde contre les objections qui avaient été faites à la méthode de Brand.

Depuis trois années, j'ai eu souvent l'occasion de faire usage de l'appareil réfrigérateur, dont j'ai donné la description à l'Académie de médecine en 1880. Mes expériences ont été faites publiquement dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, et je n'hésite pas à déclarer que l'appareil réfrigérateur m'a paru être le moyen le plus rapide, le plus certain pour obtenir à un degré voulu, toujours mesurable, l'abaissement de la température, et cela sans déterminer d'accidents graves chez les malades. La seule objection sérieuse qui puisse être faite à l'appareil, c'est qu'il réclame une attention intelligente de la part de ceux qui doivent en surveiller le fonctionnement. Son action est, je le répète, scientifiquement mesurable : on a donc dans la main un moyen puissant et sûr, à la condition de ne pas dépasser le but que l'on veut atteindre.

Lorsque le malade est soumis à l'action réfrigérante de l'appareil, on constate, vingt à trente minutes après le commencement de l'expérience, que la *régulation thermique pathologique* est vaincue : la température baisse progressivement, régulièrement, de 1 degré à 1°,5 dans l'espace d'une heure à une heure trente minutes. Aussitôt que le malade se plaint du froid, on ferme les robinets; alors la température peut baisser encore pendant dix à vingt minutes de quelques dixièmes de degré; le plus souvent, après la fermeture des robinets, elle reste stationnaire pendant dix à vingt minutes. Puis la réascension de la température se produit progressivement dans un laps de temps égal à celui de la descente.

On peut donc, dans la même journée, toutes les trois heures ou toutes les quatre heures, ouvrir les robinets de l'appareil et les maintenir ouverts pendant une heure et demie. On obtient ainsi dans la ligne thermique une série de descentes et de réascensions dont la résultante est une ligne thermique inférieure de plusieurs dixièmes au degré de la température au début de l'expérience. Il en résulte que la température vespérale peut rester inférieure à la température matinale; et l'on ne tarde pas à constater, après l'usage régulier de l'appareil pendant plusieurs jours, que la température va en décroissant chaque jour le matin et le soir.

Lorsque l'expérience est bien conduite, le malade accuse un bien-être à se trouver dans l'appareil. Sa fraîcheur lui est agréable, le pouls diminue de fréquence et de force tout en conservant le caractère du dicrotisme. La respiration est moins fréquente, la langue recouvre de l'humidité et une amélioration est manifeste dans l'état général du malade.

Je présente à l'Académie sept tableaux graphiques qui montrent la marche de la température de la fièvre typhoïde pendant vingt-quatre heures et pendant vingt-six jours :

L'action de l'appareil réfrigérateur sur la courbe thermique de chaque jour et sur la régulation thermique pathologique;

La courbe thermique pathologique comparée à la courbe thermique physiologique;

Enfin trois tableaux où sont inscrits les résultats de l'analyse des urines en rapport avec l'abaissement de la température pathologique.

Ce sont là des faits d'expérimentation qui me paraissent avoir plus de valeur que de longues dissertations. De plus, dans le cours de mes nombreuses expériences, dont les résultats graphiques sont consignés dans plus de cent cinquante tableaux, j'ai pris et j'ai fait prendre, par les élèves qui me prêtaient leur concours, les températures rectales *jour* et *nuit*, d'heure en heure, sur plusieurs sujets, les uns affectés de maladies diverses, les autres convalescents, les autres enfin dont le séjour à l'hôpital n'était motivé que par la fatigue ou le manque de ressources pour vivre.

L'ensemble de ces recherches, dans des conditions si variées, m'a permis de remarquer que, d'une façon générale, chez l'homme en état de maladie, de convalescence ou de santé, les courbes thermiques des vingt heures sont sensiblement parallèles, c'est-à-dire que, dans l'état de santé ou de maladie, les courbes thermiques offrent leurs maxima et leurs minima aux mêmes heures. Le septième tableau démontre le parallélisme de ces lignes thermiques, et il résulte de cette étude que, de huit heures du matin à huit heures du soir, la ligne thermique est régulièrement ascendante dans l'état de santé ou de maladie; que, de huit heures du soir à minuit, elle est descendante et tombe un peu au-dessous de l'abcisse du matin; tandis que, de minuit à huit heures du matin, elle est légèrement oblique ascendante pour regagner la ligne de l'abcissé de la température matinale de la veille.

De cette observation découle l'enseignement pratique qu'il suffit d'agir avec l'appareil réfrigérateur, *de huit heures du matin à huit heures du soir*, pour soustraire le malade aux conséquences fâcheuses de l'hyperthermie, puisque l'hyperthermie est *surtout diurne*.

Ces faits d'expérimentation ayant été constatés un grand nombre de fois dans les observations de fièvres typhoïdes, il était indiqué de rechercher si les déchets organiques et terreux, rejetés par les urines, étaient en rapport avec le degré de température et si leur diminution était proportionnelle à l'abaissement expérimental de la température. J'entrepris donc ces nouvelles recherches avec le concours de l'interne en pharmacie de mon service, M. Maurice Robin. L'analyse des urines des vingt-quatre heures fut faite cinq, huit et douze jours sur plusieurs malades, soumis à l'action de l'appareil réfrigérateur pendant la période d'état de la fièvre typhoïde.

Ci-joints se trouvent trois tableaux où sont indiqués les jours de la maladie, les moyennes de la température rectale, les quantités d'urée, d'acide phosphorique, d'albumine, la quantité des urines rendues dans les vingt-quatre heures et leur densité. Ces analy-

ses quantitatives et qualitatives montrent une diminution dans les déchets, diminution proportionnelle à l'abaissement de la température morbide.

Ces résultats établis par le thermomètre et l'analyse chimique n'ont point besoin de commentaires : il suffit d'en affirmer l'exactitude pour que chacun puisse en tirer les conséquences.

La présente note est une étude expérimentale thérapeutique de la réfrigération dans les maladies hyperthermiques et en particulier dans la fièvre typhoïde. Elle m'autorise à conclure :

1o Que la méthode réfrigérante dans la fièvre typhoïde ne peut être jugée que par des recherches expérimentales et scientifiques;

2o Que cette méthode sagement conduite, non exclusive de tout autre traitement, peut offrir de grands avantages dans la thérapeutique.

Certes, elle ne saurait prétendre à la guérison de tous les malades affectés de fièvre typhoïde, mais j'ai la ferme conviction qu'en modifiant l'hyperthermie et ses conséquences elle peut diminuer la mortalité dans une notable proportion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mars 1883. — Présidence de M. HARDY.

— La correspondance officielle comprend l'ampliation du décret qui autorise l'Académie à accepter le legs d'une somme de 20,000 francs que lui a fait Mme Renard, veuve de M. le docteur Peiron.

— La correspondance non officielle comprend : 1o un pli cacheté déposé au nom de M. le docteur Crouzat (accepté); 2o une lettre de M. le docteur Lajoux (de Boissy-Saint-Léger), qui sollicite le titre de membre correspondant; 3o une note de M. le docteur Bousquet (de Marseille) sur le moyen d'activer la sécrétion laiteuse par l'emploi de la graine de coton; 4o une brochure en italien de M. Olivares sur le glauconne; 5o un travail manuscrit sur les fièvres paludéennes, par M. Lue Bellos (d'Athènes); 6o une note de M. le docteur Carivenc, médecin-major, intitulée : *Etude sur le vaccin humain et essai de revaccination par injection sous-épidermique*.

TRAVAUX PRÉSENTÉS. — *Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde*, par M. le docteur Jules Arnould, médecin principal de l'armée. — *Eléments de thérapeutique et de matière médicale*, par M. le Dr Petrescat (de Bucharest). — *Eléments d'hygiène*, à l'usage des jeunes filles, par M. Proust.—Un nouveau type de thermocautère spécialement destiné aux opérations délicates de la pathologie ignée, par M. le Dr Paquelin. — *Hygiène du cabinet de travail*, par M. le docteur Riant. — Un troisième mémoire sur les résultats comparatifs des vaccinations et des revaccinations pratiquées au moyen du vaccin de génisse et du vaccin humain, par M. le docteur Longet, médecin-major de 1re classe. — Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris pendant l'année 1881, par M. le docteur Gustave de Beauvais, secrétaire général de cette Société. — *Secours aux noyés, aux inondés, aux incendiés et aux victimes des épidémies et des accidents de toute nature*, par M. le docteur Gustave de Beauvais. — *Traité de thérapeutique médicale; Leçons cliniques sur les formes et le traitement de la phthisie pulmonaire*, par M. le docteur A. Ferrand.

— M. LABBÉ donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Jules Cloquet.

— SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — M. VULPIAN. — La discussion qui, au début, avait porté sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, s'est concentrée, dans les précédentes séances, sur le point de vue thérapeutique; c'est de ce dernier point de vue que je désire dire quelques mots. J'ai été étonné d'entendre quelques-uns de nos collègues parler de leur mode de traitement personnel, alors qu'en réalité ce traitement n'était autre que celui de tout le monde. Sans doute chacun d'eux a pu introduire quelque chose de spécial dans la manière d'administrer tel ou tel médicament, mais cela ne constitue pas, en réalité, une médication personnelle. Au fond, tous les traitements de tous nos collègues ont été, à peu de chose près, les mêmes : j'en excepte ceux qui ont consisté dans l'usage exclusif des bains froids, du sulfate de quinine ou de l'acide salicylique. Pour moi, qui n'ai fait usage exclusivement d'aucune méthode et qui m'en suis tenu au traitement banal, je désire cependant dire ce que j'ai constaté dans les cas où j'ai fait intervenir dans ce traitement l'acide salicylique.

Je dois dire d'abord qu'afin de bien me fixer sur la valeur de cet agent dans la fièvre typhoïde, je n'y ai eu recours que dans les cas graves. Je ne l'ai employé ni dans les cas où la maladie m'a paru tendre elle-même vers une défervescence, ni à la fin de l'épidémie, où la plupart des cas étaient simples. J'ajouterai qu'aucun des autres agents expérimentés dans les mêmes conditions ne m'a paru aussi puissant que celui-là pour abaisser la température. J'obtenais un abaissement sensible dès la fin de la première journée de l'administration, ce que je n'ai jamais obtenu avec le sulfate de quinine donné à la dose de 2 grammes et même 2gr,50, dose que je n'ai jamais dépassée, il est vrai. Peut-être l'acide phénique aurait-il produit les mêmes résultats, mais à la condition de le donner à des doses qui seraient loin d'être sans danger.

On a dit aussi que l'acide salicylique n'avait pas la même influence sur le pouls que le sulfate de quinine. M. Sée a soutenu que le dicrotisme, eu particulier, ne disparaissait pas sous l'influence de l'acide salicylique comme sous celle du sulfate de quinine. Or j'ai vu maintes fois le dicrotisme persister malgré l'administration de doses élevées de sulfate de quinine.

Il est vrai que l'élévation de la température et celle du pouls ne constituent pas les caractères uniques de la fièvre; mais il faut reconnaître que l'élévation de la température en est l'indice le moins trompeur, la traduction la plus fidèle. Or l'acide salicylique est incontestablement antithermique, et, par conséquent, antipyrétique; c'est un puissant médicament.

On a dit que l'on avait eu tort d'attacher une aussi grande importance à l'hyperthermie, qu'il fallait tenir compte surtout de l'état du cœur. On a objecté, à propos de l'acide salicylique en particulier, qu'il était un antithermique, mais non un antipyrétique. C'est une erreur; je crois que l'acide salicylique est un véritable antipyrétique, et c'est parce qu'il est antipyrétique qu'il est antithermique. J'ai remarqué que toutes les fois que j'obtenais par ce moyen un abaissement de la température, il survenait toujours une amélioration dans l'état général.

On a dit : Prenez garde; les moyens que vous employez sont des poisons. Mais tous les médicaments sont des poisons; tous ceux qui agissent ont une action toxique légère. On a beaucoup exagéré ainsi les contre-indications tirées de l'état du foie et des reins. Je ne crois pas à l'action nuisible de l'acide salicylique sur les reins. On sait qu'il y a presque toujours de l'albuminurie dans la fièvre typhoïde; je ne l'ai jamais vue arrêtée par l'acide salicylique, je l'ai même vue augmentée, mais momentanément, et pour disparaître ensuite, malgré la continuation de la médication salicylée. Je trouverais plutôt des contre-indications dans les fortes bronchites, dans le délire, l'acide salicylique pouvant augmenter la dyspnée et les phénomènes cérébraux; mais, en pareil cas, il suffit de supprimer son emploi pendant quelques jours pour voir la dyspnée disparaître. Je ne crois pas à l'influence fâcheuse de l'acide salicylique sur les hémorrhagies.

Bien que n'ayant pas grande confiance dans les statistiques, je donnerai cependant la mienne comparée à celle de tous les autres services de l'Hôtel-Dieu. 1,108 malades ont été traités, à l'Hôtel-Dieu, pour la fièvre typhoïde, dans l'espace de six mois; il y a eu

113 décès, soit environ 10 pour 100. Dans mon service seul, je compte 168 cas, 154 guérisons, soit 8.4 pour 100. J'ai toujours constaté l'absence d'escarres dans le cours de la maladie et l'absence d'abcès dans la convalescence. Je crois avoir démontré que l'acide salicylique donne des résultats au moins aussi satisfaisants que beaucoup d'autres médications.

Il n'y a pas de traitement curatif de la fièvre typhoïde. Nous ne savons pas guérir cette affection. Toutefois il n'y a pas lieu de se décourager. Il s'agit d'une maladie spécifique, on peut espérer qu'on trouvera une thérapeutique spécifique, soit par un agent thérapeutique, soit par une vaccination. J'ai foi en la médecine, je crois à la thérapeutique, et je me plais à espérer qu'à l'impuissance du traitement dit rationnel se substituera la puissance du traitement dit spécifique.

M. Bouley développe la première partie d'une argumentation en faveur de la doctrine microbienne et combat les opinions émises par MM. Jaccoud et Peter ; il continuera dans la prochaine séance.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en Comité secret.

FORMULAIRE

(Andeer)

Formules pour différents modes d'administration de la résorcine.

Potion.

Rec. Résorcine très pure 0 gr. 5 à 3 gr.
Eau distillée 100 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères 30 —

M. s. a. — A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Emulsion.

Rec. Amandes douces 20 grammes.
Résorcine 0 gr. 5

Faire servir à une émulsion de 100 grammes.
Ajouter :
Sirop d'écorces d'oranges amères 30 grammes.

M. s. a. — Une cuillerée à bouche toutes les deux heures

Poudre.

Rec. Résorcine très pure 0 gr. 3 à 0 gr. 5.

Diviser en trois paquets. A prendre toutes les deux heures le contenu d'un de ces paquets dans du pain azyme.

La résorcine est un antipyrétique et un antiseptique qui a été expérimenté dans le traitement des fièvres et des pyrexies, des inflammations des muqueuses, en particulier dans la stomatite, le choléra infantile et la diphtérie.

E. R

BIBLIOGRAPHIE

Traité de diagnostic et de sémiologie,
par le docteur Bouchut.

Ceci est un chapitre détaché d'un *Traité de pathologie générale* dont son auteur a fait un volume à part, en réalité nouveau, et dont les dimensions répondent à l'importance du sujet. M. Bouchut donne un exemple rare de constance dans le travail, car c'est à une suite nombreuse d'œuvres originales et d'œuvres de vulgarisation que vient succéder ce nouveau produit de son infatigable activité. Ce *Traité de diagnostic et de sémiologie* ne fournit pas seulement un guide très utile pour la pratique, on y trouve encore des études très intéressantes et très complètes sur des sujets peu familiers sans doute à un certain nombre de lecteurs, tels que la numération des éléments figurés du sang, l'exploration des organes internes, les appareils enregistreurs, etc.

Bien des chapitres de cet ouvrage, et les nombreuses gravures qui, avec un fini rare dans l'exécution et une parfaite entente dans leur disposition, en rendent la lecture très facile et très claire, ne laissent pas de produire une impression un peu inquiétante. Il semble, à considérer cette multitude d'instruments plus ingénieux les uns et les autres, et de procédés analytiques qui réclament une véritable habileté, il semble que tout médecin doit, auprès de son cabinet, posséder deux choses fort coûteuses et passablement encombrantes, un laboratoire et un musée.

Mais on doit remarquer que le plus grand nombre de ces procédés d'analyse chimique et d'investigation physique sont des agents d'investigation plutôt encore que des moyens de diagnostic. Il faut en connaître la raison, en comprendre le jeu, mais il ne faut pas songer à en encombrer la pratique ; celle-ci réclame des procédés plus simples et plus rapides, et le livre même de M. Bouchut fournit les moyens de se dispenser de ce luxe expérimental, comme un traité d'économie domestique doit apprendre à user largement d'une grande fortune et à régler sa vie d'après les moyens dont on peut disposer.

Un ouvrage de ce genre ne se prête guère à une analyse proprement dite. Ce qui précède doit donner une idée suffisante de ce qu'il renferme et de la richesse des renseignements qu'y pourront trouver les cliniciens les plus exigeants et les plus modestes praticiens.

Je demanderai seulement à son savant auteur la permission de présenter quelques observations générales intéressant le sujet même de son livre et certains points de vue qui me paraissent s'y rattacher étroitement.

Le premier devoir du médecin près d'un malade est assurément d'établir un diagnostic aussi rigoureux que possible, et une connaissance suffisante de la sémiologie lui en fournit tous les moyens. Mais le diagnostic n'est lui-même aussi qu'un moyen, à moins de le considérer comme un simple objet de curiosité, ou, si l'on veut, comme un sujet de science pure.

Quelle est donc la signification vieille du mot *diagnostic*, ou plutôt de l'idée qui s'y attache ? d'abord de déterminer l'état d'un organe malade, d'en faire, si cette expression est permise, l'autopsie vivante ; c'est ensuite de fournir les moyens d'établir avec sûreté le pronostic et l'indication thérapeutique, cette dernière surtout, car si le médecin a la mission de prévoir, il a surtout le devoir de guérir ou du moins de soulager. Tout diagnostic qui ne conduit pas directement à l'indication thérapeutique est un diagnostic incomplet. Or il me paraît que la méthode suivie par M. Bouchut laisse quelque chose à désirer sous ce rapport.

Le *Traité de diagnostic et de sémiologie* nous apprend comment on reconnaît qu'une bronchite chronique est simple ou compliquée, générale ou limitée, quel est l'état du tissu pulmonaire à l'entour des bronches, emphysème, congestion, etc. Ces notions sont-elles complètes et suffisantes au sujet du diagnostic ? Non, car il reste à savoir s'il s'agit d'une bronchite scrofuleuse, ou goutteuse, ou d'autre caractère, en un mot à déterminer les conditions de l'organisme, desquelles dépend la durée de la bronchite ou sa chronicité.

Je comprends très bien que je donne ici à la conception du

diagnostic une extension assez inusitée dans l'enseignement dogmatique et dont l'opportunité peut être discutée. Mais je me permettrai d'insister sur un autre ordre d'idées que je crois vrai et d'une grande importance.

J'ai dit que les éléments fournis au diagnostic dans l'œuvre présente étaient incomplets et insuffisants. Ils le sont certainement, dans ce sens particulier qu'ils laissent en suspens et le pronostic et l'indication thérapeutique.

Les exemples de ce genre pourraient être multipliés à l'infini. Je reproduirai le passage suivant, relatif aux tumeurs du foie, sujet, pour le dire en passant, qui me paraît traité un peu brièvement : « ..... Quant aux tumeurs (du foie) que la main seule permet au médecin d'apprécier, elles sont profondes, intra-abdominales, dures, inégales, quelquefois bosselées, lancinantes, occupant la surface du grand ou du petit lobe du foie. Ce sont des cancers (p. 602). »

Ce n'est point sur la simple considération de la tumeur que le diagnostic d'un cancer interne peut être établi. Même pour les cancers extérieurs l'examen histologique est réclamé pour en déterminer la nature, bénigne ou maligne, et en déduire le pronostic et l'indication chirurgicale. A défaut d'examen histologique, le diagnostic du cancer interne doit s'établir ou se confirmer, sur des signes subjectifs, dont il n'est pas nécessaire de faire l'énumération.

Je pense que, dans un exposé dogmatique du diagnostic, doivent trouver place les signes, subjectifs ou objectifs, d'une diathèse ou d'un état général quelconque duquel dépendent et l'existence, et les caractères, et le pronostic, et le traitement d'un état morbide déterminé.

Il peut sembler d'abord que cela rentre dans la pathologie générale. Mais il n'en est pas ainsi. Ce qui appartient à la pathologie générale, c'est l'étude de ces états en eux-mêmes, de leur nature, c'est-à-dire de leur pathogénie. Quelle que soit l'incertitude qui puisse régner encore sur ces sujets difficiles, ces états peuvent être reconnus à des caractères déterminés, dont l'hérédité et les affections antérieures ou concomitantes, sans parler du caractère spécial qu'ils impriment aux actes pathologiques actuels, fournissent les termes principaux. Il y a donc là les éléments formels d'un diagnostic pour lequel je réclame une place.

Il est, par exemple, un état qui joue un grand rôle dans la pathologie courante et en clinique, c'est l'anémie. Le diagnostic précis de l'anémie est d'une importance qui ne peut être méconnue, et je trouve bien quelques mentions relatives aux palpitations des chloro-anémiques (p. 421), au souffle chlorotique (p. 115 et 395), aux migraines des anémiques (p. 336), au vertige anémique (p. 308), à l'anémie du cerveau (p. 332), et c'est tout, sauf peut-être quelques indications particulières, qui m'auront échappé. Il faut ajouter à cela, il est vrai, un des chapitres les plus intéressants du livre sur l'analyse microscopique du sang et la numération de ses éléments figurés; mais ceci n'est pas d'une application courante. Et pourtant le diagnostic de l'anémie est un sujet capital, d'une rencontre journalière, et dont la solution n'est pas toujours aisée.

Je signalerai encore une lacune sur un sujet qui ne me paraît pas rentrer moins directement dans le cadre de cet ouvrage. La séméiologie des articulations et les points de diagnostic qui s'y rattachent y font complètement défaut. Et cependant, quels ne sont pas la fréquence et le caractère significatif des déformations articulaires, quelles ne sont pas les difficultés de leur diagnostic. Il est toutes sortes d'arthrites qui diffèrent par leur caractère anatomique, ce qui pouvait être négligé ici, mais diffèrent bien davantage encore dans leur nature, leur origine, leur évolution, leur pronostic et leurs indications. Sans même aller très loin dans leur analyse pathogénique, leur description rentre très directement dans la séméiologie, et fournit les éléments les plus significatifs au diagnostic, tant de la maladie locale elle-même que de l'état général dont elle n'est le plus souvent qu'une manifestation.

Le savant auteur du traité de diagnostic et de séméiologie me pardonnera, je pense, les observations qui précèdent. Hormis pour le dernier sujet que j'ai touché, et qui me paraît un oubli, le reste est peut-être une affaire de méthode. Ce que j'ai regretté de ne pas rencontrer dans cette œuvre distinguée n'y avait peut-être pas sa place d'après les idées réfléchies de l'auteur. Aussi n'est-ce pas une critique que j'ai faite, mais une opinion particulière que j'ai exprimée.

Max Durand Fardel.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie — M le docteur Bertillon, dont les importants travaux de statistique sont connus de tout le monde, vient de succomber à une longue maladie. Directeur du bureau municipal de statistique, professeur de démographie à l'Ecole d'anthropologie, collaborateur de plusieurs dictionnaires et recueils scientifiques, M. Bertillon était, pour le travail, un véritable bénédictin. D'un caractère sympathique et obligeant, il mettait volontiers à la disposition de ceux qui s'adressaient à lui les documents nombreux qu'il avait pu réunir. Il laisse de profonds regrets parmi tous ceux qui ont pu le connaître et par suite l'apprécier.

***

Faculté de médecine de Paris.— La date du 16 mars a été fixée pour l'ouverture des cours et des travaux pratiques du semestre d'été.

***

Concours de l'agrégation.—Le concours pour la section de chirurgie et d'accouchements a commencé le 1er mars à cinq heures et demie du soir. Trois candidats ne s'étant pas présentés, ceux qui prennent part audit concours sont au nombre de 33, lesquels, après déclaration, se portent candidats aux places suivantes :

A. *Paris.* — 1° Chirurgie (3 places) : MM. les docteurs Brun, Campenon, Duret, Henriet, Jalaguier, Kirmisson, Le Bec, Marchant, Nélaton, Picqué, Schwartz et Segond.

2o *Accouchements* (1 place) : MM. les docteurs Bar, Bureau, Doléris, Loriot, Maygrier, Porack et Ribemont.

B. *Bordeaux.*—Chirurgie (2 places) : MM. les docteurs Auquier, Dupaix, Lagrange et Piéchaud.

C. *Lille.* — Chirurgie (2 places) : MM. les docteurs Auquier, Bandry, Dubar et Dupan.

D. *Lyon.* — 1o Chirurgie (3 places) : MM. les docteurs Auquier, Chandelux, Dupaux, Pollasson, et Sabatier.

2o *Accouchements* (1 place) : M. le docteur Poullet.

E. *Montpellier.*—Chirurgie (1 place) : MM. les docteurs Auquier, Dupaux et Moutet.

F. *Nancy.*—Chirurgie (2 places) : MM. les docteurs Auquier, Baraban, Dupaux, Etienne et Rohmer.

***

Hôpitaux de Paris. — Par divers arrêtés du ministre de l'inté-

rieur en date du 19 de ce mois, M. le docteur Bergeron, ancien médecin de l'hôpital Trousseau, est nommé médecin honoraire des hôpitaux de Paris ;

MM. les docteurs Landouzy et Rathery, médecins du Bureau central, sont nommés médecins de l'hôpital Tenon ;

M. le docteur Hutinel, médecin du Bureau central, est nommé médecin de l'hôpital de Lourcine ;

M. le docteur Pozzi, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

⁂

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le 1er et le 2 avril dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du dimanche 1er avril 1883 :

1o Allocution de M. le Président ;

2o Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ;

3o Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général ;

4o Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1882, par M. A. Foville, secrétaire général ;

5o Election de sept membres du Conseil général, en remplacement de MM. Gosselin, Jeannel, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Simonin, arrivés au terme de leur exercice, et de M. Woillez, décédé ;

6o Eloge de M. A. Latour, par M. Gallard, membre du Conseil général.

— A sept heures précises, le Banquet à l'Hôtel-Continental.

AVIS

MM. les Actionnaires de la Gazette médicale de Paris *sont informés que l'assemblée générale annuelle se réunira au siège social, 4, place Saint-Michel, le vendredi 30 mars prochain, à quatre heures et demie précises.*

Conformément à l'article 31 des statuts, le présent avis tiendra lieu de convocation.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 23 février au jeudi 1er mars 1883.

Fièvre typhoïde 31. — Variole 9. — Rougeole 23. — Scarlatine 2. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 47. — Dysenterie 1. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aigué) 61. — Phthisie pulmonaire 227. — Autres tuberculoses 10. — Autres affections générales 72. — Malformation et débilité des âges extrêmes 64. — Bronchite aiguë 56. — Pneumonie 98. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 58, — au sein et mixte 20. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 122. — de l'appareil circulatoire 63. — de l'appareil respiratoire 87. — de l'appareil digestif 54. — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 12. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 35. — Causes non classées 6. — Total de la semaine : 1194 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

Du traitement de la dyspepsie

Parmi les traitements préconisés contre la dyspepsie, la médication chlorhydro-pepsique a pris une importance considérable. Les nombreux succès obtenus avec cette préparation justifient pleinement les idées théoriques sur lesquelles est basée sa composition. On sait que tout acte digestif se réduit à une action chimique, et que la dyspepsie, qu'elle soit essentielle ou symptomatique, a toujours pour cause un trouble chimique.

Pour être rationnel, le traitement des dyspepsies doit donc être basé sur ces origines chimiques. Ce ne sont pas seulement les symptômes qu'il faut combattre, mais bien la cause elle-même de ces symptômes. Il faut avant tout suppléer à l'insuffisance des ferments digestifs par une préparation qui en remplisse les effets.

L'élixir chlorhydro-pepsique Grez répond parfaitement à cette indication ; à l'action digestive si puissante de la pepsine chlorhydrique, qui en forme la base, s'ajoute l'action des amers qui, en excitant la muqueuse et les nerfs gastriques, stimulent l'appétit et activent les sécrétions de l'estomac.

Cette préparation constitue une médication complexe, agissant en même temps sur les phénomènes chimiques et mécaniques de la digestion.

L'expérience est venue démontrer la puissance thérapeutique de cette médication. MM. Archambault et Bouchut, à l'hôpital des Enfants, le professeur Gubler, Dujardin-Beaumetz, Fremy, de l'Hôtel-Dieu, Huchard, Lucas-Championnière, Marchand, etc., ont obtenu de nombreux succès en employant l'élixir chlorhydro-pepsique dans différentes formes de dyspepsie. Un grand nombre d'observations ont montré les heureux effets que pouvait donner cette médication chez les anémiques et les phthisiques.

Nos lecteurs liront avec intérêt les observations suivantes, que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Mora, et qui montrent bien que l'usage de l'*élixir Grez* a pour conséquence presque immédiate la guérison de diverses formes de dyspepsie.

Obs. I. — Emilie D..., vingt-huit ans, cuisinière dans une riche maison, et conséquemment dans un milieu confortable ; néanmoins, cette fille voyait chaque jour sa santé s'altérer, et ses maîtres me firent appeler à différentes reprises pour des troubles gastriques qui l'obligeaient à interrompre ses travaux. En effet, cette jeune femme se plaignait de maux d'estomac très intenses, ses digestions étaient très difficiles ; elle accusait du dégoût pour les aliments, et assez souvent elle vomissait des matières glaireuses ou alimentaires. La malade maigrit considérablement, puis l'anorexie devint complète ; elle fut forcée de quitter sa place pour aller se soigner chez elle. C'est en vain que j'employai toutes les médications qui ont été préconisées contre la dyspepsie, son état maladif restait à peu près le même. C'est après toutes ces tentatives infructueuses que j'eus recours à l'élixir chlorhydro-pepsique Grez, qui, en moins de quinze jours, produisit une amélioration notable. Au bout d'un mois, l'appétit était complètement revenu ; il n'y avait plus de dégoût, de nausées même, et, quelque temps après, la guérison était absolument complète.

Obs. II. — Louis M..., trente-quatre ans, éprouve depuis un an des douleurs stomacales très vives, des vomissements de matières aqueuses et souvent bilieuses. Il se plaint souvent de pyrosis. L'appétit diminue chaque jour. C'est bien là la dyspepsie atonique. Je prescris un vomitif qui soulage momentanément mon malade, mais bientôt les mêmes troubles digestifs reviennent avec plus d'intensité qu'aux premiers jours. Cette fois je prescris l'élixir Grez, et, dans ce cas également, quinze jours de traitement suffisent pour amener une amélioration qui ne s'est point démentie depuis.

Obs. III. — Cette observation concerne une jeune femme de vingt-quatre ans, chloro-anémique au suprême degré et de plus hystérique. Cette femme est continuellement malade, son estomac ne fonctionne que bien imparfaitement, l'appétit est presque nul. Malgré un état pathologique aussi peu rassurant, l'élixir Grez a parfaitement réussi. La pauvre femme, qui ne mangeait plus, voit chaque jour son appétit renaître en même temps que ses forces, et je ne doute nullement de sa guérison complète.

En présence de ces résultats si positifs, nous terminerons en affirmant, avec le docteur Mora, que nous ne connaissons pas, à l'heure présente, de médication plus efficace contre la dyspepsie que l'*élixir chlorhydro-pepsique Grez*

Dr Dubois.

54e année. 6e série. Tome V. N° 11 17 MARS 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN**.
Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 15 mars 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

L'intéressante argumentation de M. Bouley, à l'Académie de médecine, dont on lira plus loin l'analyse, peut se résumer dans les propositions suivantes :

La fièvre typhoïde, comme toutes les maladies infectieuses, est assimilable aux fermentations : maladie et fermentation sont l'une et l'autre fonction d'un microbe ;

Le microbe, en se développant et en pullulant, produit dans les deux cas de la chaleur ;

Cette chaleur, non seulement contribue à entretenir et à activer la vitalité du microbe, mais encore devient par elle-même une cause prochaine de danger pour le fébricitant dont le microbe est l'hôte ;

Il y a donc une double indication à refroidir le malade.

De là la justification de la méthode de Brand.

Cette justification, toute inductive, est loin de répondre à toutes les exigences de la logique ; elle n'a pas paru suffisante à M. Bouley lui-même, et il a cherché à l'appuyer sur des faits, sur des statistiques, dont il nous semble s'être exagéré la valeur. Ce n'est là, de notre part, il faut l'avouer, qu'une impression. Aussi nous avons prié M. Ricklin, si versé, comme nos lecteurs le savent, dans la littérature allemande, de réunir le plus de documents possibles sur les résultats fournis en Allemagne et en Autriche par la méthode de Brand. Quelque importance qu'aient les documents officiels parvenus à M. Bouley par l'intermédiaire de notre ambassadeur à Berlin, nous croyons qu'en dépouillant ce qui a été écrit sur la matière, dans les principaux recueils scientifiques d'outre-Rhin, on peut et l'on doit arriver à une appréciation non moins impartiale et non moins exacte de la méthode en question. On sait ce que nous pensons des statistiques ; mais, puisque c'est l'arme choisie par les partisans enthousiastes du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, il est bon et utile de mesurer la portée de cette arme. Nous laisserons donc la plume à notre excellent collaborateur.

F. DE R.

LA MÉTHODE DES BAINS FROIDS DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE (1).

Nous avons déjà relevé dans ce journal un certain nombre de renseignements statistiques relatifs aux résultats obtenus en Allemagne, avec le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide. Cette méthode de traitement a rencontré en France beaucoup de détracteurs à côté de quelques partisans dont l'enthousiasme ne connaît plus de bornes. A en croire ces derniers, en appliquant la médication réfrigérante suivant la manière de faire de M. Brand, on réussirait à abaisser le taux de la mortalité par fièvre typhoïde à un chiffre insignifiant ; ce serait donc, pour tout médecin, un devoir d'humanité, d'adopter, sans réserve et sans restriction, la méthode de traitement du médecin de Breslau.

Cette opinion a rencontré un défenseur acharné au sein de l'Académie, dans la personne d'un homme plus compétent, il est vrai, dans les questions de zoonoses qu'en matière de thérapeutique clinique. Nous examinerons, dans un prochain article, les raisons qui ont poussé M. Bouley à prendre fait et cause pour la méthode de Brand avec l'espoir de convaincre les médecins des hôpitaux qui siègent sur les bancs de l'Académie, et tous plus ou moins adversaires des médications systématiques. Pour aujourd'hui, nous nous bornerons, ce que M. Bouley a négligé de faire à l'Académie, à évoquer des documents précis pouvant servir de base à une appréciation impartiale de la médication réfrigérante appliquée au traitement de la fièvre typhoïde d'une façon systématique.

M. Brand résume, dans les chiffres suivants, la transformation imprimée au pronostic de la fièvre typhoïde, par suite de l'emploi de sa méthode dans un certain nombre de services hospitaliers :

La mortalité moyenne par fièvre typhoïde, avant l'introduction de la médication réfrigérante, était de. . . 21,7 0/0
Depuis, elle est de. 7,4 0/0

Si cela veut dire que, traitée autrement que par la méthode des bains froids, la fièvre typhoïde entraîne une mortalité moyenne de 21,7 0/0, tous les médecins de nos hôpitaux qui, dans le cours des dernières années, ont, dans leurs services, opposé des médications très diverses aux ravages de la fièvre typhoïde, protesteront contre l'exactitude de cette donnée statistique.

Les relevés qui vont suivre permettront de juger jusqu'à quel point l'introduction de la médication réfrigérante dans *les services hospitaliers* a réalisé les promesses brillantes qui se chiffrent par un taux de mortalité de 7,4 0/0.

Rappelons d'abord que la statistique personnelle de M. Brand, publiée dans la dernière édition de son livre (2) sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide, portait sur 335 malades,

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, 1883, no 3.
(2) DIE WASSERBEHANDLUNG DER TYPHOESEN FIEBER. TÜBINGEN, 1877, p. 280-281

dont 15 sont morts, proportion 4,6 0/0. Mais il importe de savoir que, de ces 335 cas de fièvre typhoïde, *211 étaient tirés de la pratique civile de M. Brand et n'ont fourni aucun décès*; donc des 124 malades restants, *traités à l'hôpital*, dans le service de M. Brand, 15 sont morts, proportion 12 0/0. Voilà évidemment le chiffre qu'il faut mettre en regard des statistiques tirées de nos hôpitaux.

Rappelons aussi que, dans mainte statistique, on a confondu tous les âges, sans tenir compte de la bénignité relative de la dothiénentérie chez les enfants, et qu'ainsi une statistique de M. Schmidt (d'Erlangen), favorable à la méthode de traitement par les bains froids, puisqu'elle accuse une proportion de mortalité de 8.06 0/0, se décompose comme il suit :

	Mortalité.	
De 0 à 15 ans	0	
16 à 30 ans	10.1 0/0	19.6 0/0
31 à 45 ans	29,1 0/0	

Or les statistiques françaises citées à la tribune de l'Académie, dans le cours de la discussion pendante, ne comprenaient que des cas de fièvre typhoïde chez des adultes.

Nous avons dit également qu'à l'hôpital Rodolphe, de Vienne, où l'on avait mis en pratique le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide, les résultats obtenus avaient été :

	Nombre des malades.	Décès.	Taux de mortalité.
En 1875	54	10	18.5 0/0
» 1876	40	12	30 »
» 1877	61	12	19 6 »
» 1878	41	10	24.3 »
» 1879	60	14	23.2 »
» 1880	39	6	15,4 »
» 1881	58	16	27.5 »

Voici maintenant une statistique publiée par M. Goltdammer (1), placé à la tête d'un des hôpitaux de Berlin, et qui est partisan, en principe, du traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide, qu'il a appliqué avec rigueur chez les malades traités dans son service.

HÔPITAL BÉTHANIE DE BERLIN.

Années	Nombre des cas	Décès	
1868	220	23	10.4 0/0
1869	182	20	11.0 »
1870	126	14	11.1 »
1871	186	22	11.8 »
1872	350	40	11.4 »
1873	239	27	11.3 »
1874	245	45	18.3 »
1875	333	56	16.3 »
1876	205	29	14.1 »
1868—1876	2086	276	13.2

Cette statistique a été complétée récemment, pour les années subséquentes, par un assistant de M. Goltdammer, M. Gesenius (2), qui a publié les chiffres suivants :

1877	236	35	14.0 0/0
1878	160	23	14.4 »
1879	159	18	11.3 »
1880	289	47	16.3 »
1881	210	24	11.4 »
1877—1881	1054	147	13.9 »

(1) DEUT. ARCHIV FÜR KLIN. MEDICIN, t. XX,, p. 52, 1877.
(2) DEUT. MED WOCHENSCHR., 1883, no 6.

Dans les ANNALES DE LA CHARITÉ DE BERLIN, année 1875, M. Stricker rend compte des résultats obtenus dans un des services de l'hôpital, avec deux médications expérimentées parallèlement sur des typhoïdiques *adultes*, la médication par les bains froids et la médication par le salicylate de soude. Le nombre des malades traités par :

les *bains froids*, a été de 46 ; décès 8 = 17,3 0/0 ;
le *salicylate de soude*, a été de 30 ; décès 6 = 20 0/0.

Le même recueil nous fournit des renseignements intéressants sur la mortalité par fièvre typhoïde relevée à l'hôpital de la Charité de Berlin, de 1874 à 1880. Ces renseignements méritent d'être reproduits à cette place :

	Nombre des cas traités	Décès	Mortalité
1874	437	83	18.9 0/0
1875	453	77	17 »
1876	239	39	16.2 »
1877	261	32	12.1 »
1878	172	23	13.4 »
1879	188	27	14.4 »
1880	311	62	19.9 »

A la vérité, on ne spécifie pas le traitement employé dans les différents services qui ont fourni les éléments de cette statistique. Il y a tout lieu de croire que c'était, d'une façon prédominante, le traitement par les bains froids. En tout état de cause, et après le bruit qui s'est fait en France autour des résultats prétendus merveilleux que la médication réfrigérante aurait donnés dans le traitement de la fièvre typhoïde en Allemagne, il ne sera pas sans intérêt de pouvoir mettre en parallèle la mortalité par fièvre typhoïde, relevée d'une part dans nos hôpitaux parisiens, et de l'autre dans un des grands hôpitaux de l'Allemagne, où la médication réfrigérante jouit depuis des années d'une si grande vogue.

— A l'hôpital civil de Munich, de 1868 à 1875, sur un ensemble de 2,223 typhoïdiques, M. Ziemsen en a perdu 205, ce qui donne un taux de mortalité de 9.2 0/0 ; M. Zaubzer, sur un ensemble de 206 cas, n'a eu qu'une mortalité de 8,8 0/0. Dans les deux services, le traitement par les bains froids était appliqué d'une façon systématique.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

PATHOLOGIE MÉDICALE

ÉTUDE CLINIQUE ET STATISTIQUE SUR LE RÔLE DES HYPÉRÉMIES ET PHLEGMASIES BRONCHO-PULMONAIRES DANS L'ÉVOLUTION DES LÉSIONS TUBERCULEUSES DU POUMON, par le docteur MAYET, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Lyon.

Suite et fin. — Voir les numéros 6, 7 et 9.

E. CINQUIÈME DIVISION. *Cas avec hérédité et causes débilitantes réunies, les premiers symptômes caractéristiques n'ayant débuté cependant qu'après des causes occasionnelles bien déterminées d'hypérémie ou phlegmasie broncho-pulmonaire.*

Obs. 42. — Delphin (Jean), quarante-trois ans, mécanicien de paquebot, puis dans une usine. Un frère phthisique. Sa femme est morte phthisique. Il est tombé malade alors qu'elle l'était depuis trois mois environ. Excès de toutes sortes, d'alcool, de coït ; syphilis, fièvre intermittente prolongée dans les pays chauds pendant plusieurs années. Jamais de toux.

En 1873, il se mit dans un courant d'air étant en sueur. Immédiatement, toux, fièvre; depuis, hémoptysies répétées, grand nombre de rechutes. Le 27 novembre 1879, grand affaiblissement, signes étendus de phthisie au second degré, craquements.

Obs. 43. — Bourganel (Catherine), vingt-quatre ans, dévideuse. Père et mère phthisiques. Pendant son enfance et sa jeunesse, privations, nourriture insuffisante, travail très exagéré. Il y a trois mois, refroidissement contracté en restant longtemps assise en plein air le soir. La toux débute alors. Le lendemain, hémoptysie abondante. Le 23 janvier 1876, très affaiblie; elle présente des gargouillements aux deux sommets.

Obs. 44. — Clochet (Annette), vingt-trois ans, dévideuse. Père phthisique. Privations et travail exagéré pendant toute l'enfance et la jeunesse. Quatre accouchements. Elle prend froid quatre jours après le dernier, il y a onze mois; depuis ce moment, toux persistante, affaiblissement. Actuellement, gargouillements et craquements étendus.

Obs. 45. — Croze (Anne), trente-quatre ans, blanchisseuse. Sœur phthisique. Débilitation par quatre accouchements, un avortement et des métrorrhagies répétées. Elle a commencé à tousser, il y a six mois, le lendemain d'un jour où elle avait pris froid en restant exposée longtemps à un courant d'air étant en sueur. Depuis, dépérissement, hémoptysies répétées. A son entrée, gargouillements occupant toute la hauteur à gauche.

Obs. 46. — Grillet (Marie), dix-huit ans, metteuse en main. Frère mort phthisique. Très mauvaises conditions hygiéniques. Malaises, signes d'anémie, sans toux depuis longtemps, lorsqu'il y a quelques semaines elle prit froid. Le 31 mars 1880, elle est très affaiblie; elle présente dans les sommets des gargouillements d'un côté et des craquements de l'autre.

Obs. 47. — Grizeti (Estelle), vingt-six ans, couturière. Deux frères morts de convulsions (méningite tuberculeuse probablement). Excès en tous genres, veilles Ne toussait pas cependant lorsqu'il y a sept mois elle prit un refroidissement au moment de ses règles qui s'arrêtèrent brusquement : depuis lors, amaigrissement et toux. Le 22 décembre 1873, elle présente de la sub-matité étendue à droite et des craquements secs aux deux sommets.

Les cas que nous avons rangés dans les quatre dernières divisions de la première catégorie et que nous venons de rappeler sommairement, quoique moins frappants à des degrés divers que ceux de la première division, ont encore tous une signification très nette. Nous recommandons surtout à l'attention les observations 3, 4, 7, 10, 28, 29, 43. Chez les malades qui en font le sujet, il est impossible de nier le rôle capital qu'a joué la cause de phlegmasie ou de congestion broncho-pulmonaire. La relation de cause à effet est rendue, par la succession immédiate des phénomènes extérieurs ayant agi sur les sujets et des accidents morbides, tellement probable, qu'elle peut être considérée comme certaine.

Dans tous ces cas, la maladie couvait, la lésion existait sans doute; elle a reçu l'impulsion et ne s'est révélée que par la cause occasionnelle qui a été l'adjuvant nécessaire pour son développement.

II. Deuxième catégorie. — *Cas où ont existé des causes fréquentes, habituelles ou excessivement répétées d'hypérémie ou de phlegmasie broncho pulmonaire, sans que le début des symptômes caractéristiques puisse être rapporté à une circonstance précise du même ordre.*

A. Première division. — *Cas où les causes habituelles de fluxion pulmonaire ont existé seules.*

Obs. 48.—Frateaux (Charles), 40 ans, vermicellier. Pas d'autre cause appréciable que l'exposition fréquente aux alternatives de température chaude et froide et le travail dans une atmosphère surchauffée Toux depuis quinze mois. Le 20 mai 1879, craquements aux deux sommets.

Obs. 49.—Ferrand (Ignace), homme de peine. Pas d'autre cause appréciable que des refroidissements répétés par suite de sa profession. Depuis de longues années, tous tous les hivers; à chaque atteinte, hémoptysie. Le 17 juin 1879, crachats nummulaires caractéristiques; on ne trouve que des râles muqueux aux bases et une expiration très soufflante aux deux sommets. Affaiblissement profond.

Obs. 50. — Massart (Benoit), 57 ans, apprêteur. Pas d'hérédité ni causes débilitantes. Il travaille dans une atmosphère surchauffée et sort souvent au froid. Hémoptysies, signes certains de phthisie.

Obs. 51.— Michel (Joseph), 34 ans, employé d'octroi. Pas d'hérédité ni de causes débilitantes, refroidissements répétés en passant des nuits dans l'exercice de ses fonctions. Hémoptysies répétées depuis six ans. Le 2 mai 1871, craquements humides dans tout le sommet gauche.

Obs. 52.—Simonin (Désiré), 54 ans, tulliste. Pas d'hérédité. Travaille dans une atmosphère chaude la nuit. Sort à chaque instant à l'air froid. Toux depuis trois ans. Le 22 mars 1870, gargouillements étendus à droite.

On voit que dans cette première série d'observations de la seconde catégorie nous n'avons pu, malgré des investigations attentives, rapporter la maladie à aucune des grandes causes prédisposantes habituelles. Malgré le défaut de relation démontrée avec une atteinte déterminée de fluxion broncho-pulmonaire qui aurait été le point de départ des accidents caractéristiques, il est impossible de ne pas tenir compte de cette absence des conditions étiologiques autres que les refroidissements répétés. Aussi attribuons-nous encore une valeur considérable aux cas de cet ordre.

Les autres divisions que nous admettons dans cette catégorie peuvent être désignées sous les titres suivants et comprennent les nombres de cas indiqués avec les titres :

B. Deuxième division. — *Hérédité. Causes habituelles d'hypérémie ou phlegmasie broncho-pulmonaire sans causes occasionnelles spécifiées, 5 cas.*

C. Troisième division. — *Hérédité. Causes habituelles et occasionnelles spécifiées d'hypérémie* ou *phlegmasie broncho-pulmonaire, 2 cas.*

D. Quatrième division. — *Hérédité. Causes débilitantes à longue portée et causes habituelles d'hypérémie ou phlegmasie broncho-pulmonaire sans causes occasionnelles spécifiées, 11 cas.*

E. Cinquième division. — *Causes débilitantes prolongées et causes habituelles d'hypérémie broncho-pulmonaire sans causes occasionnelles spécifiées, 5 cas.*

Nous ne rapporterons pas les observations de ces 23 malades en détail. Elles offrent, en effet, des arguments moins concluants en faveur de l'influence des causes de fluxion sur les organes respiratoires dans l'évolution de la phthisie pulmonaire. La complexité des conditions pathogéniques est trop grande pour pouvoir déterminer le rôle de chacune. Mais si nous ne voulions nous restreindre, nous montrerions que ces cas s'unissent à ceux dont la signification est plus précise pour fournir encore des probabilités en faveur du rôle que nous attribuons aux influences phlogogènes.

Pour donner à nos documents une véritable signification statistique, nous devons ajouter la mention des nombres représentant les cas où nous n'avons pu trouver aucune intervention des causes phlogogènes.

Ils se décomposent ainsi qu'il suit :

1° Cas où l'hérédité a été la seule cause appréciable an nombre de 49 ;

2° Cas où les conditions antihygiéniques débilitantes de longue durée ont été les seules causes appréciables an nombre de 4 ;

3° Cas où l'hérédité et les causes débilitantes se sont réunies sans autres causes au nombre de 22 ;

4° Cas où la contagion a été probablement, mais non certainement, la canse de la maladie, an nombre de 10 ;

5° Cas où malgré une investigation attentive on n'a pu déterminer aucune cause appréciable, au nombre de 7.

En résumé, sur 167 cas de phthisie pulmonaire, nous avons constaté 52 fois l'intervention certaine on très probable des causes de fluxion broncho-pulmonaire comme point de départ occasionnel on condition déterminante des lésions de la phthisie pulmonaire.

Nous croyons, par les documents cliniques ou statistiques qui précèdent, avoir fourni des preuves suffisantes en faveur de l'importance de la fluxion inflammatoire ou congestive dans l'évolution du processus tuberculeux du poumon.

Nous l'avons déjà dit, ce n'est pas pour nous une canse directe, nous n'y voyons jamais qu'une condition préparante du terrain, soit à longue échéance, soit immédiatement et de telle façon que le principe morbigène, qui était latent dans l'économie, arrive à y trouver graduellement ou brusquement un milieu favorable au développement ou à la prolifération, ou bien que les germes répandus partout et habituellement etériles ne puissent plus être absorbés sans devenir féconds.

Quelle que soit la manière d'agir de l'hérédité, si puissamment mise en relief par nos documents, qu'elle produise la transmission directe des germes ou la production d'un terrain favorable, elle trouve certainement dans les causes phlogogènes un adjuvant de première importance.

Il en est de même des causes débilitantes, puissantes elles aussi pour la préparation du terrain organique, mais dont l'influence est fortement augmentée par l'intermédiaire de la condition que nous étudions.

La contagion elle-même, rare, exceptionnelle même, comme canse unique, ne paraît pas pouvoir se produire en dehors de cette appropriation du terrain organique. Son rôle est d'ailleurs excessivement difficile à apprécier, ainsi que nous chercherons à le démontrer ailleurs.

Dans presque tous les cas, la pathogénie des lésions tuberculenses est complexe, et dans ce complexus nous avons cherché à mettre en relief la part des lésions inflammatoires des tissus par les simples investigations cliniques. Les preuves acquises ainsi peuvent faire pressentir que, quelque important qne soit le rôle que l'avenir pourra attribuer à un micro-organisme dans la production des lésions tuberculeuses, il ne faudra jamais oublier que ce principe diffère essentiellement des virus proprement dits, en ce que son action est beaucoup plus soumise qu'eux à l'influence d'autres conditions étiologiques déterminant l'état du terrain organique sur lequel il tombe.

Tantôt, par l'absence de ces qualités nécessaires, il ne se développe pas ; tantôt, par leur insuffisance, il reste avorté dans sa multiplication ou latent, ainsi que le prouve le nombre énorme de lésions tuberculeuses limitées ou guéries qu'on trouve dans les autopsies de malades morts de maladies absolument étrangères à la tuberculose.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Affections chirurgicales

Observation de fracture récidivée de la rotule, par le docteur W. Thomson.

Dans ce travail, communiqué à la dernière session de l'Association médicale britannique, l'auteur rapporte l'observation d'un homme qui avait été traité à Amsterdam pour une fracture de la rotule. Le docteur Amphlett, qui l'avait vu pour la première fois environ trois semaines après l'accident, constatant que l'écartement des fragments rendait le membre absolument impotent, pratiqua la résection de ceux-ci et réunit les deux eurfaces osseuses au moyen de forts fils d'argent. Le malade guérit, mais il subsista nne raideur articulaire des plus marquées. Un an environ plus tard, cet homme s'étant pris le pied dans un paillasson, manqua de tomber. Il fit un effort pour se retenir, mais aussitôt il sentit un craquement dans son genou et la chute eut lieu. M. Thomson, dans le service duquel il fut amené, constata l'existence d'une plaie béante et transversale du genon avec fracture de la rotule dans le même sens. La cavité articulaire communiquait largement avec l'air extérieur. La résection du genou fut pratiquée, et cela avec succès. On constata que la ligne de la nouvelle fracture était très rapprochée de celle de l'ancienne.

Bien que dans ce cas, lors du premier accident, la réunion osseuse ait été effectuée dans les deux tiers environ de l'os fracturé, l'auteur pense que la suture dans les fractures de la rotule prédispose d'une façon toute particulière aux raideurs articulaires. Dans ces conditions, une récidive analogue à celle qui vient d'être décrite n'a rien qui doive surprendre. Aussi la résection de la rotule, justifiée dans les cas anciens avec écartement considérable, est-elle, au contraire, inutile et dangereuse dans les fractures récentes. (Brit. Med. Journal, août 1882.)

De la cure radicale du varicocèle, par le docteur Barker.

Ce qui a encouragé l'auteur à recourir à cette méthode, c'est un succès obtenu au moyen d'un procédé analogue dans un cas de tumeur du corps thyroïde. Voici en quoi consiste ce procédé, tel qu'il a été employé chez trois malades atteints de varicocèle :

On commence par nettoyer la peau et les instruments avec une solution d'acide phénique à 5/100. On fait alors la ligature des veines du cordon avec deux fils de soie que l'on coupe très près du nœud et qu'on laisse retomber dans le scrotum. Cette opération n'a amené qu'un gonflement insignifiant, et les trois malades ont pu quitter l'hôpital au bout de moins de quinze jours. La guérison a été complète. Au bout d'un an, on sentait encore la trace des ligatures sous la forme de nodules sous-cutanés, qui ne causaient d'ailleurs aucune gêne aux patients. (The Lancet, septembre 1882.)

Des amputations dans la gangrène sénile, par le docteur Dobson.

Il s'agit dans ce travail d'un cas de gangrène sénile guérie par l'amputation du pied. Le malade était un homme de 62 ans, parvenu à un état de marasme résultant, selon toutes les ap-

parences, de la résorption des matières septiques provenant du foyer gangréneux. L'auteur a pu citer deux autres opérations pratiquées dans les mêmes conditions et avec un égal succès. Aussi n'hésite-t-il pas à dire que l'amputation est légitime, lorsqu'on a affaire à un sujet qui n'est pas encore trop âgé, lorsque les douleurs sont très vives, lorsque la gangrène s'étend rapidement, enfin lorsqu'il y a des signes d'intoxication putride. Au contraire, il convient de s'abstenir lorsque l'état général est relativement satisfaisant; car alors on a l'espoir de voir se former une ligne de démarcation entre les parties mortes et les parties vivantes. Même réserve, si l'on arrive à maitriser les douleurs par les agents calmants et s'il n'existe aucun signe de septicémie. (British Medical Journal, juillet 1882.)

Dr Gaston Decaisne.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 mars 1883. — Présidence de M. Blanchard.

Physiologie expérimentale. — De la faculté prolifique des agents virulents atténués par la chaleur, et de la transmission par génération de l'influence atténuante d'un premier chauffage, par M. A. Chauveau.

On peut s'assurer de deux manières que l'atténuation par le chauffage n'implique aucune altération de la vitalité ou de la faculté prolifique des agents virulents que l'action de la chaleur a privés de leurs propriétés infectieuses : 1o au moyen même de la culture de première génération soumise au chauffage, en montrant que l'évolution n'a été que momentanément suspendue par cette opération; 2o à l'aide d'une culture de deuxième génération, en prouvant que la semence fournie par le liquide de la culture primitive, avant la reprise de son développement, féconde parfaitement un nouveau terrain.

Pour utiliser le premier procédé, il suffit de placer les matras à culture, au sortir de l'étuve à + 47o, dans un autre thermostat chauffé seulement à + 32o, 35o. L'évolution alors reprend son cours normal; la prolifération continue et le développement s'achève par la formation d'un grand nombre de vraies spores. Par l'aspect d'ensemble, par les caractères microscopiques, ces cultures ne diffèrent pas sensiblement de celles qui n'ont pas été soumises à ces conditions spéciales, à moins que le chauffage n'ait été trop prolongé. En général, quatre heures de chauffage à + 47o n'empêchent pas l'évolution ultérieure et la troublent à peine.

L'influence atténuante du chauffage des cultures n'est point seulement passagère; elle peut se transmettre, dans une certaine mesure, lorsque ces cultures reprennent le cours de leur évolution, aux spores nées du protoplasma des filaments et des bâtonnets qui ont subi l'action de la chaleur.

Mais où la transmission de cet effet de la chaleur se manifeste surtout, c'est dans la facilité avec laquelle ces spores subissent l'influence atténuante d'un chauffage qui leur est directement appliqué. Rien de plus simple que de les rendre pour ainsi dire absolument inoffensives, en les exposant pendant quelque temps à l'action d'une certaine température. J'appelle l'attention sur ce fait nouveau, qui présente un intérêt de plus d'un genre. Il n'est sans doute pas impossible d'obtenir un effet analogue avec les spores de provenance normale, quoiqu'elles passent à bon droit pour être douées d'une résistance énergique aux causes de destruction, particulièrement à l'influence de températures relativement élevées. Mais on peut laisser impunément ces spores, pendant une heure, une heure et demie, à la température + 80°; elles n'éprouvent alo r aucune altération sensible, ni dans leurs caractères morphologiques, ni dans leurs propriétés physiologiques. Ce n'est plus cela quand il s'agit de spores de culture dont le développement a été momentanément entravé par la chaleur; le chauffage, dans ces conditions, respecte les caractères objectifs de la spore, qui semble seulement devenir un peu plus petite; mais il en modifie profondément l'activité virulente. Les cultures peuvent être alors inoculées à la seringue, sans grand risque de mort, au cobaye et surtou au mouton, qui acquiert ainsi l'immunité aussi bien qu'avec n'importe quelle autre inoculation préventive.

Les cultures de deuxième génération peuvent, aussi bien que ce premier moyen, démontrer la persistance de l'activité vitale de filaments et bâtonnets développés à la température + 43° et rendus inoffensifs par l'action de la température + 47°. Il est à propos de dire quelques mots de ce deuxième procédé, qui fournit aussi d'excellents documents propres à démontrer que l'effet du chauffage se gradue comme sa durée. Je reprends le cas simple qui m'a serv d'exemple tout à l'heure. Dans chacun des trois matras chauffés à + 47o pendant une heure, deux heures, trois heures, je puise avec une pipette une certaine quantité de liquide. Trois autres matras ont été préparés; je laisse tomber dans chacun d'eux une ou deux gouttes de ce liquide. Les voilà ensemencés avec des filaments et bâtonnets atténués par la chaleur. Ces derniers matras sont placés ensuite dans une étuve à + 32o, 35o. Que va-t-il advenir de ces cultures de deuxième génération? Exactement ce qu'il advient des cultures primitives, après la remise en marche de l'évolution. Les cultures de deuxième génération se développent, en effet, d'autant plus vite, que la semence a été chauffée moins longtemps, et les différences d'aspect qui en résultent peuvent persister pendant plusieurs jours. Toutes finissent, du reste, par donner des spores de fort belle apparence, jouissant des mêmes propriétés que celles des cultures primitives, particulièrement de l'aptitude à l'atténuation par le chauffage.

Il résulte de l'ensemble de cette étude que l'influence atténuante exercée par la chaleur sur les agents virulents n'est pas simplement individuelle; cette influence peut se faire sentir même sur les propriétés des nouveaux agents auxquels donne naissance la prolifération du protoplasma qui l'a directement éprouvée.

Physiologie. — De l'importance du rôle de l'inhibition en thérapeutique. — Note de M. Brown-Séquard.

Conclusions. — 1o On devra désormais, en thérapeutique, tenir compte de l'existence de l'inhibition dans tous les cas où une activité morbide disparaît subitement ou à peu près sous l'influence d'une irritation provenant d'un point plus ou moins éloigné de celui où existait cette activité;

2o La recherche du lieu le meilleur pour déterminer, par une irritation, la cessation temporaire de nombre d'activités morbides, devra toujours être faite, car c'est là le point meilleur aussi pour qu'on obtienne, à l'aide d'irritations diverses, la cure définitive de ces activités, surtout dans les affections nerveuses fonctionnelles.

Physiologie pathologique. — Expériences démontrant que les concrétions sanguines, formées au niveau d'un point lésé des vaisseaux, débutent par un dépôt d'hématoblastes. — Note de M. G. Hayem, présentée par M. Vulpian.

Les expériences de l'auteur tendent à montrer que la concrétion sanguine greffée sur la paroi d'un vaisseau est formée à sa base, c'est-à-dire à son point d'insertion ou d'origine, par une accumulation d'innombrables hématoblastes. C'est, suivant lui, une preuve de plus en faveur du rôle que jouent ces éléments dans la formation de certaines coagulations intra-vasculaires et du rapport qui existe entre l'intégrité de la paroi des vaisseaux et la fluidité du sang.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars 1883. — Présidence de M. Hardy

Correspondance officielle. — M. le ministre de l'instruction publique informe l'Académie que, conformément à sa proposition, il vient de déléguer M. H Bouley pour le représenter au Congrès international de médecine vétérinaire qui s'ouvrira, à Bruxelles, au mois de septembre prochain.

— La correspondance non officielle comprend : 1º une note de M. Philbert sur les modifications qu'un récent tremblement de terre a pu apporter dans la composition et la thermalité des eaux de Brides ; il a été constaté que l'augmentation porte sur le chlorure de sodium ; 2º une note de M. le docteur Burq sur les propriétés antiseptiques du cuivre ; 3º une note de M. le docteur Spiridion Kanellis (d'Athènes), intitulée : *Nouvelle théorie hémodynamique sur la production du premier bruit du cœur* ; 4º une étude statistique et étiologique de la fièvre typhoïde au 17e régiment de dragons, par M. le docteur Cahanié, médecin-major.

Travaux présentés. — 1º *Richesses thermales et avenir de Dax*; 2º *Étude sur la source de la Nèhe, dite Fontaine Chaude de Dax*, par M. le docteur Garrigou. — *Empoisonnement par le chlorate de potasse* ; deux observations de *cirrhose hypertrophique biliaire*, par M. le docteur W. Grollemund, médecin de l'hôpital de Saint-Dié. — Discours prononcés aux obsèques de M. Cloquet, par MM. Larrey et Gosselin. — *Mémoire sur les Argas de Perse*, par MM. Lahoulène et Mégnin. — *Voltaire malade*, étude historique et médicale, par M. le docteur Roger, secrétaire de la Société havraise d'études diverses.

Élection. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

La liste de présentation porte : en première, M. Féréol ; en deuxième ligne *ex æquo*, MM. Hayem et Vidal ; en troisième ligne *ex æquo*, MM. Desnos et Dumontpallier ; en quatrième ligne, M. Ferrant.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 77, majorité 39, M. Féréol obtient 34 suffrages, M. Hayem 21, M. Vidal 14, M. Dumontpallier 5, M. Desnos 1 ; 2 bulletins nuls. Il est procédé à un second tour : votants 76, majorité 39 ; M. Féréol obtient 51 suffrages, M. Hayem 20, M. Vidal 5.

En conséquence, M. Féréol est proclamé élu.

Suite de la discussion sur la fièvre typhoïde. — M. Bouley a pris la parole pour réfuter quelques-unes des opinions émises, à l'occasion de la discussion sur la fièvre typhoïde, sur le rôle des microbes dans la pathologie. M. Peter lui paraît avoir méconnu les grands progrès accomplis en médecine depuis la découverte, par M. Pasteur, du règne de la microbie.

Que savait-on, il y a quelques années, des conditions de la virulence ? Aujourd'hui le mystère de la contagion est dévoilé, grâce aux travaux de MM Pasteur, Davaine et Chauveau. Il est acquis que la contagion est fonction de l'activité d'une particule vivante, susceptible de pulluler à l'infini dans l'organisme qui en a été ensemencé.

Cette particule, c'est le virus. La maladie contagieuse est l'expression de cette pullulation. La transmission de cette particule d'un animal malade à un animal sain réalise la contagion.

Parmi les maladies contagieuses, il y en a déjà quelques-unes dont le germe ou élément vivant a pu être déterminé spécifiquement par la méthode de culture. Telles sont les deux espèces de charbon, la septicémie, le choléra des poules, le rouget du porc. On y peut ajouter aujourd'hui la morve du cheval et la tuberculose. Dans les autres maladies contagieuses, l'élément vivant, qui n'a pas encore pu être déterminé, ne se montre que sous forme de granulations non encore susceptibles d'être distinguées des autres granulations anatomiques, mais dont la virulence ressort des expériences de M. Chauveau.

M. Bouley s'est attaché à montrer quelles sont les conséquences de cette notion qui éclaire l'anatomie pathologique et dissipe les obscurités de l'évolution des lésions. Il explique ainsi, en particulier, l'évolution du tubercule de la tuberculose comme de celui de la morve.

La notion du germe vivant a ouvert à l'anatomie pathologique une voie de recherches tout à fait inattendue. Elle l'a conduite à reconnaître, par l'ensemencement, l'existence certaine de lésions invisibles. La physiologie avait été amenée à fixer le siége de la rage dans le système nerveux central, mais l'anatomie pathologique était impuissante à confirmer le fait. M. Pasteur, ensemençant directement le cerveau avec de la matière cérébrale prise sur un animal enragé, a acquis par cette expérience la preuve que, dans la rage, c'est le cerveau et la moelle qui servent d'excipient au virus rabique.

Qui sait si, dans la fièvre typhoïde, les troubles nerveux ne procèdent pas, eux aussi, de la présence dans le cerveau des éléments de la virulence qui y pulluleraient comme dans la rage ?

Se plaçant ensuite au point de vue de la symptomatologie, M. Bouley se demande si les rougeurs de la peau qui caractérisent certaines maladies de l'homme, la rougeole, la scarlatine, ne trouveraient pas leur explication par analogie dans la découverte récente d'un microbe particulier dont la pullulation dans le tissu tégumentaire du porc donne lieu au mal rouge ou « rouget », propre à cet animal ?

C'est surtout au point de vue de la prophylaxie des maladies virulentes, ajoute M. Bouley, que la doctrine microbienne a donné les résultats les plus merveilleux : s'emparer des virus les plus mortels, les soumettre à une culture méthodique, faire agir sur eux des agents modificateurs dans une mesure calculée et réussir ainsi à les atténuer à des degrés divers, de manière à faire servir leur force réduite, mais encore efficace, à transmettre une maladie bienfaisante à la suite de laquelle l'immunité est acquise contre la maladie mortelle : voilà le rêve dont M. Pasteur a fait une réalité.

Une autre voie est ouverte à la prophylaxie et à la thérapeutique préventive par cette notion du germe, condition de la virulence. M. le docteur Froschauer (de Vienne) avait observé que de deux moitiés d'un citron ensemencées de moisissures, l'une placée dans un vase contenant 1 p. 100 d'hydrogène sulfuré restait stérile, tandis que les moisissures se développaient dans l'autre laissée à l'air. Ce résultat constaté, il fit l'expérience suivante : la septicémie étant inoculée à deux groupes de souris, l'un de ces groupes fut placé sous une cloche où l'on avait fait dégager 1 p. 100 d'hydrogène sulfuré ; l'autre continua à vivre dans l'air. Le groupe soumis à l'influence de l'hydrogène sulfuré ne contracta pas la septicémie, tandis que l'autre groupe succomba à l'infection.

La même expérience fut répétée par M. Froschauer sur huit moutons inoculés avec la clavelée ; six furent soumis à l'hydrogène sulfuré, deux laissés à l'air libre. Ces deux derniers moururent des suites de l'inoculation, tandis que cinq des six moutons soumis à l'hydrogène sulfuré n'en éprouvèrent aucun effet. Un seul eut une pustule avortée, sans éruption générale.

On voit, si ces résultats venaient à être confirmés par de nouvelles expériences, combien la thérapeutique préventive en bénéficierait. Trouver les agents antagonistes des différents éléments des virulences, voilà le problème dont les thérapeutistes doivent se proposer la solution. Ce n'est pas par des masses capables de faire l'office du pavé de l'ours, comme semble le croire M. Jaccoud, qu'il faut s'attaquer aux microbes d'où procèdent les maladies, c'est par les qualités spéciales des agents incompatibles, le plus souvent en quantités pondérables très faibles.

M. Bouley, après avoir ainsi montré les progrès accomplis par la doctrine microbienne dans la thérapeutique préventive, cite un nouveau fait d'une réelle importance communiqué par M. Pas-

teur à la Société d'agriculture. Lorsqu'on a ensemencé la substance du cerveau d'un chien avec du virus puisé dans le cerveau d'un chien enragé, on donne lieu, chez cet animal, à une pullulation du virus dans tout le système nerveux central; on constate, en outre, que le pneumogastrique, à sa sortie de la cavité crânienne, comme au niveau de son entrée dans la cage thoracique, est le siége d'une pullulation de l'agent virulent. On sait que le microbe de la rage a été récemment découvert par M. Pasteur, et il y a maintenant dans son laboratoire des chiens vaccinés avec du virus rabique atténué; ces chiens sont devenus réfractaires à tout ensemencement de la rage; c'est donc là une voie ouverte à la vaccination future contre la rage elle-même. M. Pasteur se sert de l'oxygène de l'air pour transformer les virus; M. Chauveau a fort heureusement substitué la chaleur à l'oxygène; on sait l'influence qu'exerce la température dans cette question des virus; on connaît l'histoire de la poule refroidie qui cesse d'être réfractaire au charbon et qui y résiste de nouveau quand elle a recouvré sa chaleur habituelle. M. Gibier a fait, pour ainsi dire, l'expérience complémentaire, en plaçant des grenouilles dans un milieu chaud, en les mettant ainsi à même de contracter le charbon et en les guérissant par le refroidissement.

M. Bouley rapproche de ces faits l'emploi de la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde; il est bien convaincu qu'en refroidissant le malade on ralentit la fièvre. M. Peter a, selon M. Bouley, traité beaucoup trop sévèrement la méthode de Brand en disant que c'était plus que de la folie, que c'était de la démence. C'est, dans tous les cas, ajoute M. Bouley, une folie respectable. Ce rapprochement, qui a été fait entre les fermentations et les fièvres, est tout naturel, et avait été fait déjà depuis longtemps. M. Pasteur a montré, en effet, que depuis les temps les plus reculés on a toujours rapproché les fièvres et les fermentations. Le même mystère les enveloppe. Tyndall a dit que celui qui pourra sonder jusqu'au fond la nature des ferments et des fermentations accomplira une grande œuvre. Le jour, ajoutait-il, où le mystère des fermentations sera dévoilé, celui des fièvres contagieuses le sera aussi. C'était là une parole prophétique.

Nous savons aujourd'hui que la fermentation est fonction d'un ferment, que la contagion est fonction d'un ferment ou microbe particulier. Il faudrait donc ranger M. Pasteur, M. Chauveau, parmi ceux que M. Peter a traités un peu durement. « Parmi tant de héros, je n'ose me placer », ajoute M. Bouley, mais moi aussi je dois être traité de la même façon, car je pense comme eux. Claude Bernard, avec son génie d'expérimentateur, avait bien compris et bien montré l'importance de la chaleur dans la fièvre, et j'ai éprouvé un certain froissement patriotique en entendant M. Peter traiter ainsi Claude Bernard et dire que, dans sa célèbre expérience, Bernard avait cuit son moineau. Il me semblait que cette haute personnalité devait être traitée dans cette Académie avec plus de réserve. Claude Bernard a parfaitement démontré que la chaleur est un toxique et qu'elle tue par le cœur, par les muscles, par le sang; il a montré que le sang, chauffé à une température dépassant de 4 à 5 degrés sa température normale, cède son oxygène avec facilité, et d'artériel devient veineux.

Frappé de ces effets dangereux de la chaleur, Claude Bernard avait compris toute l'importance de l'indication consistant à soustraire de la chaleur à l'économie à mesure qu'elle se forme, à lutter contre elle par le froid. Déjà, à cette époque, M. Glénard, de retour de Stettin, avait importé à Lyon la méthode de Brand. Il doit donc passer, aux yeux de M. Peter, pour un naïf; moi aussi j'ai la naïveté, quand je trouve bonne une idée nouvelle, de la soutenir contre le scepticisme railleur. Je continue donc à soutenir que la méthode de Brand est une bonne méthode; elle repose déjà sur vingt-deux ans d'expérimentation clinique, à l'époque où M. Peter ne craint pas de la qualifier de doctrine de « pompier ». Il accuse ainsi tout un corps de confrères de faire de la médecine aveugle. Quant à moi, j'accepte la comparaison en songeant que le pompier est un homme de cœur, d'intelligence, qui pousse souvent le dévonement jusqu'au sacrifice de sa vie; si je n'étais médecin, je serais volontiers pompier. Si on arrive à éteindre la fièvre comme on éteint un incendie, j'avoue que je préfère cette médecine de pompier à la médecine du bon sens qui ne guérirait pas.

Il est juste d'ajouter d'ailleurs qu'il n'y a pas eu que des adversaires de la méthode de Brand; M. Léon Colin s'en est déclaré partisan; M. Jaccoud, s'il a gardé le silence sur ce sujet dans son discours, a reconnu, dans des leçons qui viennent d'être publiées, que l'on possède dans la méthode des bains froids un moyen de traitement supérieur à tous les autres et qu'il aurait préféré à tout autre si les conditions en avaient été plus faciles à réaliser.

M. Bouley, en terminant, fait connaître des documents statistiques qui lui ont été remis par M. Glénard et qui émanent, par l'entremise de notre ambassadeur à Berlin, de rapports circonstanciés des médecins principaux de l'armée allemande. Il résulte de ces documents que, dans cette armée, la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde est en décroissance.

C'est donc pour nous une obligation qui s'impose de mettre à l'étude une méthode de traitement qui accuse officiellement de pareils résultats.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mars 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Chauvel dépose sur le bureau un *Précis théorique et pratique de l'examen de l'œil*, dont il est l'auteur.

M. Guyon donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société de chirurgie sur la tombe du baron J. Cloquet.

—Hernie inguinale congénitale étranglée. — Communication de M. Trélat. Au mois de janvier dernier entrait dans le service de M. Trélat un malade qui avait une hernie inguinale étranglée; celle-ci fut réduite; elle se reproduisit. Le malade fut opéré, et il succomba quarante-huit heures après l'opération; il avait présenté jusqu'à la fin des phénomènes d'étranglement qui ont persisté après l'opération. Il s'agissait, comme on le vit à l'autopsie, d'une hernie congénitale étranglée. C'est dans cette variété de hernie qu'on rencontre surtout les étranglements subits et les étranglements d'emblée. Le plus souvent alors, l'étranglement se fait à la partie interne et supérieure du canal inguinal ou dans le ventre. Dans des cas plus rares, l'étranglement a lieu à la jonction du conduit vagino-péritonéal avec la tunique vaginale testiculaire.

Dans cette variété de hernie, la difficulté du diagnostic entraîne en général les chirurgiens à des temporisations regrettables. En outre, la réduction incomplète ou la réduction en masse explique la gravité particulière des hernies inguinales congénitales.

Dans la thèse de M. Ramonède soutenue récemment et intitulée: « *Du canal péritonéo-vaginal et de la hernie inguinale congénitale étranglée* », l'auteur dit que ce canal persiste assez large dans quinze cas sur cent. M. Ramonède donne cette proportion après avoir disséqué 215 sujets, et il décrit en outre les degrés de la persistance du canal. Il a fait des moules de ce canal. Il décrit à l'intérieur de la cavité péritonéale, en dedans du fascia transversalis, un entonnoir aponévrotique reposant sur le muscle psoas et dont l'ouverture regarde en bas et en arrière. Cet entonnoir, formé par un repli péritonéal, se courbe au moment où il traverse le fascia transversalis et il se rétrécit en ce point, puis il s'élargit, se rétrécit de nouveau dans le canal inguinal, se rélargit encore et se rétrécit une troisième fois à la terminaison du cordon.

M. Ramonède, comme conclusion clinique, démontre l'étranglement de la hernie inguinale congénitale, au niveau de la partie supérieure du conduit vagino-péritonéal, mais il méconnaît cet étranglement à la partie inférieure du même conduit, et cependant il

existe, comme le prouvaient plusieurs observations rassemblées par M. Trélat : une observation publiée dans la clinique de Goyrand, une de Dudon (de Bordeaux), une de Brémont (de Bordeaux), une de Tripier (thèse de 1880), et enfin celle de M. Trélat.

Dans cette variété de hernie, la difficulté est le diagnostic de congénitalité. Les renseignements donnés par le malade doivent être souvent suspects, et ce qui fait la congénitalité c'est la persistance du conduit vagino-péritonéal. Quant au siége de la hernie, les recherches anatomiques et cliniques concordent pour le placer soit en haut, soit en bas du conduit vagino-péritonéal. Cliniquement ces hernies se présentent dans les conditions suivantes : un homme offre des accidents d'étranglement, la hernie se réduit facilement, mais elle se reproduit aussi facilement, et l'on s'aperçoit qu'en faisant rentrer l'anse intestinale, le testicule est entraîné avec elle; de plus, les accidents d'étranglement persistent. Ce fait de voir le testicule entraîné par la hernie est un point important et qui doit faire diagnostiquer la congénitalité.

M. Desprès fait remarquer que l'histoire de la hernie inguinale congénitale n'est pas un fait nouveau; Nélaton en a parlé. Quant au siége de l'étranglement de ces hernies, il existe aussi au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Lorsque, chez un malade opéré de hernie inguinale, il se développe de la vaginalite, c'est qu'on avait affaire à une hernie congénitale. Néanmoins M. Desprès constate que, dans la communication de M. Trélat, il y a un point nouveau, c'est le siége de l'étranglement au niveau de la partie inférieure du conduit vagino-péritonéal.

M. Moxon demande à M. Trélat si, dans une observation de Dupuytren, dans laquelle une hernie a succédé à une hydrocèle, celle-ci était congénitale, ou s'il fallait admettre que l'hydrocèle aurait détruit la vaginale et permis consécutivement la production de la hernie.

M. Sée fait remarquer que chez les enfants il arrive très souvent que dans la hernie inguinale le testicule est entraîné avec l'anse intestinale lorsqu'on veut réduire celle-ci; il pense qu'il existe alors des adhérences entre les deux organes, et que pour cela la hernie n'est pas toujours une hernie congénitale.

M. Trélat fait remarquer que l'observation de M. Sée a rapport aux hernies non étranglées, tandis que lui constate ce signe comme valeur diagnostique de la congénitalité dans les hernies étranglées.

— Ablation de tumeurs de l'utérus. Rapport de M. Terrier sur deux observations de M. Villeneuve (de Marseille).

Premier cas : Fibromyome de l'utérus pesant 8 kilogr. 600 gr.; ablation de la tumeur; pour extraire celle-ci, il a fallu faire une incision allant du pubis à l'appendice xyphoïde; l'opération dura une heure trente-cinq et fut faite sous le nuage phéniqué; guérison au bout d'un mois.

Deuxième cas. — Tumeur kystique de l'utérus, ablation, fistule stercorale consécutive, hémorrhagie grave à deux reprises, désunion de la plaie. Ce qu'il y a de curieux dans cette observation, c'est que, malgré tous les accidents qui ont accompagné et suivi l'opération, la malade a guéri, après un temps assez long, il est vrai.

Amputation de Pirogoff. — Rapport de M. Chauvel sur un mémoire de M. Pasquier (d'Evreux). Dans ce mémoire, l'auteur réclame la priorité pour une modification de cette opération, qui consiste dans la section horizontale du calcanéum. Le rapporteur fait remarquer qu'en même temps que M. Pasquier, M. Le Fort apportait la même modification. Quant à la suture osseuse, M. Pasquier la fit le premier en 1870.

Dilatation de l'urèthre pour l'opération de la fistule vésico-vaginale. — Rapport de M. Polaillon sur deux observations de M. Villeneuve (de Marseille).

Dans deux cas, l'auteur dilate préalablement l'uréthre au moyen d'une tige de laminaire. Cette dilatation, en permettant l'introduction du doigt dans la vessie, facilite considérablement l'opération de la fistule. Les deux malades ont guéri; chez l'une, il y a eu une incontinence d'urine qui a duré vingt-deux jours, et chez la seconde neuf jours.

Le rapporteur fait remarquer qu'en 1880 M. Cruveilhier avait employé ce procédé avec succès et que, chez sa malade, l'incontinence d'urine n'avait duré que huit jours. Cette incontinence est du reste utile, car elle permet un facile écoulement de l'urine et évite l'emploi de la sonde chez les opérées.

Dr Henri Bastard.

FORMULAIRE

Traitement de la syphilis compliquée de cachexie paludéenne.
(Sigmund.)

1o Faire chaque jour, dans la matinée, des frictions avec 5 gr. (chez un adulte) d'onguent gris.

2o Le soir, avant de se coucher, le malade prendra deux des pilules préparées suivant la formule :

Rec. Acide arsénieux	0 gr. 10 centigr.
Protochlorure de fer	1 gramme.
Chlorhydrate de quinine	3 —
Poudre et extrait d'écorces de cannelle	q. s.

Pour f. s. a. cent pilules du poids de 20 centigrammes chaque. Porter progressivement la dose quotidienne à six pilules.

E. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

PUBLICATIONS RÉCENTES SUR L'HYGIÈNE.

De toutes les branches de la médecine, l'hygiène aujourd'hui est décidément la plus prolifique. J'ai devant moi une multitude de publications, livres ou brochures, qui se sont accumulés en si peu de temps que je ne sais comment m'acquitter du devoir qui incombe à tout *reviewer* consciencieux. J'en prends mon parti, et je me résigne à dire quelques mots de ces divers travaux sans prétendre les analyser. Il me suffira d'indiquer aux intéressés le sujet traité par chaque auteur.

Les Congrès internationaux d'hygiène sont une des grandes occasions de production. De tous les pays, beaucoup d'hygiénistes arrivent chargés de brochures imprimées d'avance et parfois de vrais livres relatifs à la science sanitaire. Puis de nouvelles publications sont la conséquence obligée, le résultat nécessaire de ces réunions. En effet, depuis le Congrès de Genève, voici que déjà nous sont parvenues, fraîchement sorties des presses, les brochures suivantes : 1o La conférence de l'éminent climatologiste, de M. le docteur H.-Cl. Lombard, sur les *Influences hygiéniques, prophylactiques et thérapeutiques des altitudes*; 2o une relation, dignement et savamment exposée par M. le professeur A. Corradi (de Pavie), de la discussion qui a suivi sa propre communication sur la contagion de la phthisie pulmonaire (1); 3o le mémoire autorisé de M. le docteur Fieuzal *sur la Prévention de la cécité*;

(1) *Del contagio della tisi polmonare, rispetto alla storia ed all'igiene pubblica, Relazione del prof. Alfonso Corradi al Congresso internazionale d'Igiene in Ginevra.* Broch. in-8 de 16 pages, Milano, Fratelli Rechiedei, editori; *Estratto degli* Annali Universali di medicina, vol. CCLXI.

4o enfin, une brochure de M. Balestreri (1), qui comprend deux parties : la première, est consacrée à l'étude rapide d'une épidémie de fièvre typhoïde à Gênes (1880-1881). M. Balestreri préconise contre cette maladie un traitement qui ne lui a donné que des succès dans son service hospitalier (5 centigrammes d'émétique au début, puis boissons acidulées et diète rigoureuse). La deuxième partie n'est autre chose qu'un aperçu critique et humoristique du Congrès de Genève. Écrite en français, cette brochure est remplie de verve et d'une franchise qui mord souvent; advienne que pourra. Elle dénote en outre chez l'auteur un esprit très orné et des connaissances bien variées.

Dans le groupe des publications provoquées par le dernier Congrès de Genève, nous devons une mention à part au travail d'ensemble de MM. H. Napias et A.-J. Martin sur l'*Étude et les progrès de l'hygiène en France de 1878 à 1882* (2). Il suffit de parcourir les pages compactes de ce volume pour être effrayé de l'activité qui a été déployée de toutes parts dans le champ de l'hygiène durant ces quatre dernières années qui ont suivi le Congrès de Paris. Et encore plusieurs des chapitres y sont-ils un peu écourtés, les auteurs ne faisant que mentionner telles ou telles recherches sans les décrire. Bien plus, se trouvant pressés par le temps, MM. Napias et A.-J. Martin n'ont pu donner à la fin de leur volume les renseignements bibliographiques dont ils avaient projeté de faire un index détaillé. Ainsi qu'on peut le voir par la préface que M. le professeur Brouardel a mise en tête de ce volume, c'est à l'instigation et sous les auspices de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle que ce travail a été entrepris et mené à bonne fin. Car, à côté des Congrès, qui ne sont que bisannuels, les Sociétés d'hygiène sont des centres permanents de production.

Nos lecteurs connaissent le nombre et l'importance des travaux émanés de la Société de médecine publique. Tout près d'elle, la Société française d'hygiène est non moins active. Et, chose bizarre et qui est bien un signe du temps, ces deux sociétés, fondées presque simultanément (la Société française d'hygiène n'ayant que sept semaines de plus d'existence), et qui semblaient au début devoir se porter ombrage, sinon dommage, ont réussi à prospérer et à se créer un domaine à part. Ici les grandes questions d'hygiène scientifique et d'organisation sanitaire; là, plutôt une vulgarisation intelligente et ardemment poursuivie des notions les plus utiles de l'hygiène privée, de la climatologie, etc (3). Mais Paris n'a pas le monopole des sociétés d'hygiène. Il en existe déjà une à Bordeaux, et à l'étranger quelques-unes ont déjà acquis des titres de noblesse !

La Belgique possède la Société royale de médecine publique, qui donne, dans ses Bulletins, des documents statistiques d'une grande valeur et d'intéressantes études.

La Société italienne d'hygiène, dont le siège principal est à Milan, travaille aussi très activement, et le journal qui en émane est des mieux fournis en bons travaux. La question des *dépôts mortuaires*, qui avait été traitée en 1879 au Congrès de Stuttgard, et aussi à Paris par le docteur O. du Mesnil, a fait l'objet d'un important mémoire du docteur Carlo Gianni. M. Gianni se déclare hautement partisan de la création de maisons mortuaires, destinées moins à prévenir les inhumations précipitées en cas de mort apparente, qu'à mettre les survivants à l'abri des émanations cadavériques, surtout dans les logements qui n'ont qu'une ou deux pièces. Le transport dans la maison mortuaire doit être facultatif. Le système préconisé par M. Gianni (1) est celui qui a été installé en 1875 à Lucques par le professeur L. Galli. Les corps ne sont plus déposés sur des tables de marbre froides ; l'on utilise la flamme du gaz pour échauffer la température.

Dans bon nombre de villes d'Italie, des sociétés d'hygiène existent, qui se relient pour la plupart à la Société centrale de Milan. Une des dernières fondées, celle de Turin, a déjà produit de bons travaux. Elle est présidée par M. le professeur L. Pagliani, qui vient justement de communiquer à l'Académie de médecine de Turin un mémoire sur l'étiologie de la fièvre typhoïde à Paris (2). Dans ce mémoire, M. Pagliani, se guidant sur la théorie de M. Pettenkofer, et s'appuyant sur les données fournies par le Bulletin hebdomadaire municipal du docteur Bertillon, démontre que la mortalité par la fièvre typhoïde est en rapport direct avec la quantité d'eau de pluie tombée dans les divers mois qui se sont succédés depuis le mois de novembre 1880 jusqu'au mois de janvier dernier.

En Espagne aussi, une Société d'hygiène s'est créée l'an dernier à Madrid, et nous apprenons qu'on vient d'en fonder une en Suisse, à Genève.

Que d'autres Sociétés encore travaillent, d'où sortent de très estimables mémoires ! Témoin les deux rapports de M. le docteur Dubrisay, rédigés au nom du Comité consultatif d'hygiène publique *sur le salicylage des substances alimentaires*. Témoin un rapport du docteur Eugène Dufour (3), approuvé

(1) *La fièvre typhoïde à Gênes 1880-81 et le Congrès international d'hygiène à Genève (1882)*. — In-8 de 30 pages. Genova, 1883. — Tipografia del R. Istituto sordo-muti.

(2) 1 vol. in-8 de 546 pages avec 229 figures. Paris, G. Masson, 1882.

(3) En dehors de son intéressant et souvent agressif organe officiel (le JOURNAL D'HYGIÈNE), c'est par de petites brochures où sont condensées les données les plus indiscutables de l'hygiène, et tirées à un très grand nombre d'exemplaires, c'est par un journal à bon marché, l'HYGIÈNE POPULAIRE, que la Société française d'hygiène poursuit son apostolat. Parmi les brochures, je citerai : 1° *le guide du vaccinateur ;* 2° *l'Hygiène et l'éducation de la première enfance ;* 3° *l'Hygiène et l'éducation physique de la deuxième enfance de 2 ans à 6 ans.* Ces brochures ont été déjà traduites en quelques langues étrangères. En rendant compte dernièrement ici-même (1882, no 33) des *Entretiens* de M. Vidal Solarès sur l'hygiène de la première enfance, j'avais manifesté le désir de les voir traduire en français, M. Prosper de Pietra-Santa me répondit en m'envoyant une traduction en espagnol de la deuxième brochure de la Société française, me prouvant ainsi qu'on avait fait mieux que devancer l'accomplissement de mon désir, puis que la Société française d'hygiène avait déjà fourni à nos voisins d'Espagne ce que je proposais de leur emprunter. Je suis heureux de faire cette rectification. *Cuique suum*. Puisque je suis venu à parler de la vulgarisation des notions d'hygiène, je m'en voudrais de ne pas rappeler l'existence d'un des premiers organes populaires qui se soient consacrés à cette vulgarisation : *L'Hygiène pour tous*, qui, sous la direction de M. le docteur F. Bremond, en est à sa huitième année d'existence.

(1) *Le case mortuarie*, in-8 de 16 pages. Milano, Giuseppe Civelli, 1882.

(2) *Sull'Eziologia dell'Epidemia di febbri tifoidee in Parigi*, Torino, 1883, broch. in-8 de 20 pages. *Estratto dal giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, fasc. 1, Gennaio, 1883.

(3) Broch. in-8 de 16 pages. Grenoble, 1883. Xavier Drevet.

par le Conseil d'hygiène de l'Isère, *sur le plâtrage des vins*, et qui conclut à la nocuité de cette opération lorsque le plâtre dépasse deux grammes par litre, mais surtout qui réclame la prohibition absolue des opérations de déplâtrage comme plus nuisibles encore à la santé.

Je n'en ai pas fini avec les rapports, car je me reprocherais de ne pas signaler celui que M. le professeur Arnould (de Lille), a fait il, y a plus de deux ans déjà, à la Société de médecine du Nord sur un *Projet d'hôpital maritime* pour les maladies chroniques de l'enfance ; et je n'ai nul besoin de faire l'éloge à nos lecteurs ni du style de l'auteur, ni du soin qu'il apporte dans les moindres de ses travaux.

A côté de ces foyers d'études qui entretiennent et propagent le feu sacré de la science et qui, en quelques années, ont multiplié dans d'immenses proportions le chiffre des hygiénistes et par contre le nombre des recherches et des publications sur toutes les questions de l'ordre sanitaire, il y a des travailleurs isolés qui poursuivent leurs travaux, comme le fait ce vétéran, M. Fonssagrives (1). L'ancien professeur de Montpellier, en prenant sa retraite, n'a pas pour cela dit adieu à ses études et à ses lecteurs, et un beau volume de *Leçons d'hygiène infantile* venait encore récemment rappeler le maître aux élèves et témoigner de l'activité qu'il garde loin d'eux. Ces leçons, au nombre de 27, avaient été professées à la Faculté de médecine de Montpellier. Elles comprennent tout ce qui concerne l'allaitement, la dentition, le sevrage, les diverses fonctions de l'enfance, la croissance. Je signalerai spécialement les leçons concernant le sommeil et l'insomnie dans le jeune âge, l'hygiène de la vue et de la voix, les attitudes et la gymnastique, la prophylaxie des fièvres éruptives et infectieuses, mais surtout les trois leçons consacrées à l'éradication des germes d'hérédité morbide.

M. le docteur Fr. Vidal Solarès, de Barcelone, a condensé dans un petit volume écrit en langue espagnole (2) d'excellents préceptes hygiéniques qui devront être observés par la femme durant la grossesse, puis au moment de l'accouchement, et enfin pendant toute la période puerpérale.

Après les conseils destinés à l'enfant et à la femme, nous en trouvons, dans une brochure de M. le docteur C.-E. Bourdin, qui s'adressent plus spécialement à l'homme; car M. Bourdin a pris à partie les fumeurs. Sa brochure est intitulée : *Le tabac, ses inconvénients, ses dangers* (3). Et c'est tout: les avantages, les vertus de la solanée, si elle en possède, seront passés sous silence ; le lecteur est bien prévenu. M. Bourdin a donc vigoureusement fulminé une honnête diatribe contre tous les malheureux esclaves d'une passion qui semble, hélas! faire tous les jours de nouveaux prosélytes et, par conséquent, de nouvelles victimes. Quelle que soit la forme sous laquelle on rende hommage à cette plante fatale, M. Bourdin proteste. Et ses trente pages, intéressantes quand même, remplies de feu et marquées de la griffe d'un lettré, se lisent avec la plus grande facilité. L'indignation déborde, une indignation émue, née d'une forte conviction, et qui arrive à l'éloquence et finit même par gagner le lecteur, si revêche qu'il fût dès l'abord. Je le sens, je suis prêt à me convertir. Mais, au moment de signer, je m'aperçois que je fume encore en écrivant. Oh ! les mauvaises habitudes !

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(1) *Leçons d'hygiène infantile*, 1 vol. in-8 de 619 pages. Paris, 1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

(2) *Perceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio.* — Barcelona, librairia de Puig, 1882, et Paris, O. Berthier, in-18o de 72 pages.

(3) Brochure in-8o de 32 pages. — Paris. Charles de Lamotte, éditeur, 1882. (Extrait de l'*Encyclopédie des sciences, des lettres et des arts*.)

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — M. le docteur B. Vladescu, un des principaux rédacteurs du *Progresul médical Roman*, est décédé récemment à Bucharest.

***

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1882—1883 sera ouvert du 4 au 12 avril pour les inscriptions de première et deuxième années, et du 13 au 21 du même mois pour celles de troisième et de quatrième années. Les élèves devront déposer un jour à l'avance leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté, qui leur remettra, en échange, un numéro d'ordre.

Les consignations pour les examens de fin d'année (ancien régime) les 12, 13, 19 et 20 mars 1883.

— M. Remy, agrégé suppléant de M. le professeur Béclard, commencera le cours de philosophie le 16 mars 1883 à midi et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le professeur Vulpian commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée le 17 mars 1883 à deux heures et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. le professeur Regnault commencera le cours de pharmacologie le 20 mars à midi et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. Hanriot, agrégé, commencera le cours auxiliaire de chimie organique le 19 mars 1883 à dix heures moins un quart et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. Cadiat, agrégé, commencera le cours auxiliaire de physiologie le 22 mars 1883 et le continuera les jeudis suivants.

— M. Budin, agrégé, suppléant de M. le professeur Pajot, commencera le cours d'accouchements le 20 mars 1883, à midi et demi et le continuera les mardis, jeudi et samedis suivants à la même heure.

***

Ecole pratique. — Les exercices pratiques et les démonstrations d'histologie commenceront le 19 mars prochain sous la direction de M. le docteur Cadiat. Elles auront lieu tous les jours à 3 heures du soir. Les élèves feront eux-mêmes les préparations de tous les éléments anatomiques et seront exercés au maniement du microscope.

— Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le 20 mars sous la direction de M. le docteur Laborde. Elles auront lieu les mardis, jeudis et samedi, à 1 heure 1/2 de l'après-midi.

***

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont chargés, pour le semestre d'été de l'année scolaire courante, des cours auxiliaires ci-après désignés, MM. les agrégés dont les noms suivent :

MM. Regimbeau, pathologie interne.
Serre, pathologie externe.
Mossé, pathologie et thérapeutique générales.
Carrieu, anatomie pathologique et histologie.
Bimar, physiologie élémentaire.

***

Legs Petit-d'Armoy. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs universel à elle fait par le sieur Petit d'Ormoy, suivant son testament olographe du 24 juin 1875 et son codicille du 15 septembre 1879.

Les arrérages devront servir à la fondation de prix et récompenses attribués moitié à des travaux théoriques, moitié à des applications de la science à la *pratique médicale*, mécanique et industrielle.

***

Doctorat ès sciences médicales. — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux conseils académiques, en leur demandant un avis motivé sur l'institution d'un doctorat ès sciences médicales, les rapports faits dans les Ecoles et dans les Facultés de médecine sur ce sujet.

Il résulte de ces divers documents : 1° que les Ecoles préparatoires sont opposées à l'établissement d'un nouveau grade ; 2° que les Facultés de Nancy et de Montpellier s'y déclarent également contraires ; 3° que les Facultés de Bordeaux, Lyon et Lille y sont favorables à certaines conditions : ces trois Facultés demandent notamment que le doctorat ès sciences médicales prenne le nom de doctorat ès sciences biologiques ; 4° que la Faculté de Paris propose la création d'un doctorat ès sciences anatomico-physiologiques ; 5° enfin, que toutes les Ecoles et les Facultés demandent la suppression du diplôme d'officier de santé (Le Temps.)

***

Banquet annuel de l'Internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu, le 31 mars, à sept heures et un quart, dans les salons du *Grand-Hôtel*, sous la présidence du professeur Hardy.

Le prix de la cotisation, 20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice, pourra être donné dans les hôpitaux à l'interne en médecine économe de la salle de garde ou bien remis directement à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, Bottentuit et Tillot (Emile).

***

Inspection médicale. — Par un nouvel arrêté préfectoral, le service de l'inspection médicale du personnel enseignant du département de la Seine est réorganisé et réparti entre trois médecins inspecteurs. Les circonscriptions d'inspection sont déterminées comme il suit :

A. *Première circonscription* : 1er, 2e, 3e, 5e, 6e, 7e, 13e et 15e arrondissements de Paris, cantons de Sceaux et de Villejuif.

B. *Deuxième circonscription* : 4e, 11e, 12e, 19e et 20e arrondissements de Paris, cantons de Pantin, Vincennes et Charenton.

C. *Troisième circonscription* : 8e, 9e, 10e, 16e, 17e et 18e arrondissements de Paris, cantons de Courbevoie, Neuilly et Saint-Denis.

***

Société française d'hygiène. — *Concours de 1883*. — La Commission, présidée par M. le Dr Passant, propose de mettre au concours pour l'année courante les questions suivantes :

1o Hygiène et éducation physique de la deuxième enfance (période de six à douze ans) ;

2o Des mutilations professionnelles, et plus spécialement des mutilations des membres dans l'industrie privée et l'agriculture ; des moyens de les éviter ; des moyens de les atténuer.

Les mémoires seront reçus en français, anglais, allemand, espagnol et italien. Ils devront être remis avant le 31 décembre 1883, dernier délai, au siège de la Société, 30, rue du Dragon, Paris.

***

Société médicale des bureaux de bienfaisance. — Le bureau est ainsi composé pour l'année 1883.

Président : M. Le Coin ; vice-présidents : MM. Paul Richard et Barbette ; secrétaire général : M. Passant ; secrétaires annuels : MM. Depasse et Chevallereau ; trésorier : M. Le Noir ; archiviste : M. Toledano.

***

Hôpital de Mustapha. — Un concours pour la nomination à trois places de médecin-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha aura lieu le 23 juin prochain. Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 21 du même mois au secrétariat de la Commission administrative.

***

Corps de santé militaire. — Par décrets rendus sur la proposition du ministre de la guerre, en date des 7, 10 et 12 mars 1883, sont nommés : directeur de la 7e division (service de santé au ministère de la guerre), M. Didiot, directeur actuel de l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. Baizeau, qui passe dans la réserve ; — M. Perrin, médecin inspecteur, est nommé pour remplacer M. Didiot ; — M. Vedrenes, médecin principal, en Tunisie, est nommé médecin inspecteur.

***

Congrès international des médecins des colonies a Amsterdam. — Sur l'initiative de l'Association néerlandaise pour l'avancement des sciences médicales, il a été décidé que, à l'occasion de l'Exposition internationale coloniale à Amsterdam, une Exposition coloniale médicale sera ouverte en même temps, et qu'un Congrès international de médecins s'y réunira du 6 au 8 septembre 1883.

Pour préparer les travaux du Congrès, le Comité d'organisation s'est efforcé de choisir quelques *questions*, qui lui ont paru dignes d'intérêt, au point de vue de l'exercice de la médecine dans les colonies et dans les pays intertropicaux, ainsi que certaines questions médicales qui s'y rattachent. Il a invité des rapporteurs pour préciser l'état actuel de chacune de ces questions dans des conclusions qui serviront de base à la discussion. Ces conclusions, ainsi que le programme définitif, seront publiés avant l'ouverture du Congrès.

Les questions choisies par le Comité sont :

1o Les Quarantaines ;

2o Education spéciale des médecins des colonies ;

3o Hygiène des professions, cultures et métiers insalubres dans les colonies ;

4o Des modifications que subissent certaines maladies, et en particulier les maladies infectieuses, sous l'influence des climats tropicaux ;

5o De la phthisie dans les colonies et les climats tropicaux ;

6o Du traitement des maladies exotiques et tropicales dans les climats modérés.

Le Comité d'organisation se compose de MM. le professeur Stockvis, président ; le docteur Guye, vice-président ; le docteur Van Leent, secrétaire général ; le docteur J. Coronel, secrétaire adjoint ; A. Cochius, secrétaire adjoint ; le docteur J. Zeeman, trésorier.

— Les auteurs qui voudraient faire des communications en dehors du programme sont priés d'en indiquer le sujet au Comité dans le plus bref délai, afin qu'on puisse en faire mention dans le programme définitif qui paraîtra au mois d'août prochain et sera envoyé à tous ceux qui en auront fait la demande au secrétaire général.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1882-83

100. M. Miquel. Des organismes vivants de l'atmosphère. — 101. M. Papadakis. Contribution à l'étude de l'intoxication arsenicale. — 102. M. Bucquet. Du traitement de la variole par la médication éthérée opiacée. — 103. M. D'Albuquerque. De la phlegmation alba dolens dans la fièvre typhoïde. — 104. M. Jarjavay. Contribution à l'étude du système veineux. — Des canaux de sûreté. — 105. M. Beaudère. Contribution à l'étude des mœurs locales. — 106. M. Kahn. De la résection partielle de l'estomac dans les cas d'affection organique du pylore. — 107. M. Brunschwig. Contribution à l'étude du pneumotocèle du crâne. — 108. M. Ramonède. Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée. — 109. M. Bonis. De la dactylite unguéale scrofuleuse chez les enfants. — 110. M. Sabaterie. De l'amputation du segment antérieur de l'œil comme traitement des accidents sympathiques oculaires.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 1er MARS AU JEUDI 6 MARS 1883.

Fièvre typhoïde 31. — Variole 9. — Rougeole 23. — Scarlatine 2. — Coqueluche 6. — Diphthérie, croup 47. — Dysenterie 1. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 61. — Phthisie pulmonaire 227. — Autres tuberculoses 10. — Autres affections générales 72. — Malformation et débilité des âges extrêmes 64. — Bronchite aiguë 56. — Pneumonie 96. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 58, — au sein et mixte 20. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 122. — de l'appareil circulatoire 63. — de l'appareil respiratoire 87. — de l'appareil digestif 54. — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 12. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 35. — Causes non classées 6. — Total de la semaine: 1194 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DE LA SYPHILIS ARTICULAIRE, par le docteur Defontaine, in-8 —Prix: 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

TRAITÉ DES MALADIES DE L'ESTOMAC, par le docteur V. Audhoui, médecin de l'hôpital de la Pitié. 1 vol. in-8. — Prix : 6 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

NÉVROSES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME, par Ultzmann, traduit de l'allemand par le docteur Henri Picard. 1883, in-8, 100 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

LEÇONS SUR L'ÉPILEPSIE, faites à l'Asile Sainte-Anne, par le docteur Magnan, en 1881-1882, recueillies par Marcel Briand. 1 vol. in-8 de 84 pages. — Prix : 3 francs.

NOUVEAUX FRAGMENTS DE CLINIQUE MÉDICALE, l'hystérie viscérale, les dilatations du cœur droit, par le professeur A. Fabre, leçons recueillies par le docteur Audibert. 1 vol. in-8. — Prix : 4 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris

54e année. 6e série. Tome V. N° 12 24 MARS 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE ;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN ;**
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 22 mars 1883.

APPLICATIONS A LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ATTÉNUATION DES VIRUS PAR LA CHALEUR.

Nos lecteurs connaissent, par les communications qu'il a faites à l'Académie des sciences, les récentes recherches de M. Chauveau sur le chauffage des virus et l'atténuation que l'on obtient ainsi, non dans leur vitalité ou leur faculté prolifique, mais dans leur pouvoir virulent ou contagieux. Comme le degré de température auquel il faut porter les virus, pour atteindre ce résultat, ne dépasse pas 43o et peut être parfaitement supporté sans inconvénient, pendant plusieurs heures, par une partie limitée d'un organisme vivant, M. Aubert a pensé qu'on pourrait utiliser avec avantage en thérapeutique la méthode de chauffage de M. Chauveau et l'appliquer, soit aux virus de surface, comme celui de la blennorrhagie et du chancre simple, soit aux virus déposés dans l'épaisseur des tissus, comme à la suite de morsures virulentes, de piqûres anatomiques, etc. Il va même plus loin et se demande si, après un coït suspect, on ne pourrait pas, en chauffant la verge, prévenir le développement soit de la blennorrhagie, soit du chancre simple ou infectant.

Passant de la conception à l'expérimentation, M. Aubert a fait ses premiers essais sur le virus du chancre simple, et en a publié les résultats dans le LYON MÉDICAL. Chez trois malades, du pus pris sur des bubons chancrelleux ou sur un chancre simple, et chauffé pendant douze heures de 42 à 43 degrés, a perdu toute virulence. Inoculé en trois points, il a donné lieu à peine à une légère rougeur, tandis que l'inoculation du même pus non chauffé produisait des pustules chancreuses caractéristiques.

M. Aubert n'a encore réalisé que cette première partie de son programme, où il n'a fait d'ailleurs que reproduire et confirmer, en prenant l'homme comme sujet d'expérimentation, les recherches de M. Chauveau. Mais il va poursuivre ce programme en appliquant le chauffage local au traitement prophylactique ou curatif des maladies vénériennes et de quelques affections cutanées. Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant de ces intéressantes expériences et des résultats qu'elles donneront.

Nous avons mardi dernier, à la suite de l'excellent discours qu'il a prononcé devant l'Académie de médecine, entendu reprocher à M. Peter de vouloir établir comme une sorte d'antagonisme ou de semer la discorde entre les sciences de laboratoire (physique, chimie, physiologie) et la médecine clinique. Si le savant professeur a peut-être un peu forcé la note, c'est certainement pour réagir contre les prétentions par trop am-

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-HISTORIQUE

Suite — Voir les numéros 8 et 10.

III et IV. — Nous ne quittons pas les périodes obscures de la science en suivant M. Paul Regnard, d'une part, et d'autre part MM. Bourneville et Teinturier dans deux publications parues à peu d'intervalle et ayant trait l'une et l'autre aux sorcières.

La brochure de M. Regnard (1) n'est autre chose que la reproduction d'une conférence faite le 18 mars à la Sorbonne au nom de l'Association Scientifique.

S'adressant surtout aux gens du monde, M. Regnard a dû éviter les épines de l'érudition, et dans un style simple et précis, et si clair que je ne croirai pas exagérer en le caractérisant de *lumineux*, le jeune physiologiste a initié son public aux mystères de la démonopathie. Il a fort nettement montré que la *possession* n'était pas autre chose qu'une des manifestations ou une des formes de l'hystérie. Je ferai toutefois une petite chicane à M. Regnard en lui rappelant qu'on n'atteint pas toujours le but que l'on vise lorsqu'on le dépasse. Dans son ardeur à faire partager à son auditoire la haine des procédés barbares par lesquels on traitait autrefois les sorcières, n'a-t-il pas exagéré en disant et en répétant que la croyance à la sorcellerie avait été plus funeste à l'humanité (numériquement parlant) que les inventions les plus meurtrières ou que les guerres les plus terribles. Assurément cette persécution contre des malades est mille fois plus haïssable que l'instinct belliqueux, qui, mêlé d'une certaine dose de chanvinisme, a toujours été le privilège de bon nombre d'hommes. Et cela dès l'antiquité : N'est-ce pas Horace qui a dit (1) :

(1) *Les Sorcières*, conférence du 18 mars 1882, faite à la Sorbonne. Paris, Gauthier-Villars, in-8 de 41 pages.

(1) Carminum, lib. I, ... 1, v. 23-25.

hitienses de ces sciences, qui veulent asservir complètement la médecine. Celle-ci se reconnaît très volontiers leur tributaire, mais à la condition de contrôler et de juger par elle-même les emprunts qu'elle leur fait, et de conserver son autonomie, son indépendance. Cette autonomie qu'elle revendique est naturelle et légitime ; elle repose, comme l'a montré M. Peter, sur les différences de conditions dans lesquelles se meuvent, d'un côté le biologiste, de l'autre le clinicien. Mais ceci ne saurait empêcher la médecine de s'enrichir des découvertes de la biologie en s'assimilant celles qui sont applicables au milieu spécial dans lequel elle vit. C'estainsi qne, tout en réservant son appréciation ultérieure, on ne peut qu'applaudir aux essaisde thérapeutique préventive et curative entrepris par M. Aubert.

Dr F. de Ranse.

La méthode des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde (1).

Les chiffres que nous avons cités démontrent, comme nous l'avions soutenu, que la médication réfrigérante appliquée an traitement de la fièvre typhoïde n'a pas donné en Allemagne les brillants résultats annoncés par M. Brand et quelques prosélytes français. Ces chiffres, soit dit en passant, nous n'avons pas pris le soin de les choisir pour défendre une thèse de parti pris. Peut-être, en insistant davantage sur les statistiques tirées des hôpitaux de Vienne, eussions-nous réussi à forcer la note, à jeter la défaveur sur l'emploi des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde. Nous sommes loin de cette intention. Après avoir vu expérimenter cette méthode de traitement pendant des mois dans le service de M. Libermeister, alors qu'il était placé à la tête de la clinique médicale de l'hôpital de Bâle, il nous est resté cette conviction que la médication réfrigérante rend des services réels, lorsqu'elle est appliquée avec prudence et avec ce discernement des indications et des contreindications sans lequel le médecin, réduit à un role purement machinal, nuit plus souvent aux malades qu'il ne leur est utile.

Croire que chez nos voisins on applique aveuglément la méthode de Brand en ne se réglant que sur les indications du thermomètre, ce serait se tromper et faire injure à la sagacité des cliniciens allemands. La vérité, c'est qu'après une première période d'enthousiasme on a reconnu de plus en plus la nécessité de mitiger l'emploi des bains froids, en combinant la réfrigération avec l'administration des antipyrétiques tels que le sulfate de quinine, l'acide salicylique, la digitale, etc. C'est la manière de faire de M. Liebermeister, dont le nom a été éclipsé par celui de Brand dans le cours de cette longue discussion, et qui méritait mieux, car c'est à ce clinicien, doublé d'un savant de premier ordre, que la médication réfrigérante doit d'avoir été assise sur une base scientifique.

En même temps que se dissipe en Allemagne l'engouement pour la médication réfrigérante *exclusive*, le cercle des contre-indications va en s'élargissant. On est loin d'être fixé sur la question de savoir si le traitement par les bains froids favorise ou non le développement des hémorrhagies viscérales, en particulier de celles qui se font à la surface de l'intestin. Beaucoup de cliniciens penchent pour l'affirmative, et il en est de même en ce qui concerne les complications du côté des voies respiratoires. L'accord est fait au contraire sur les dangers qu'entraîne l'emploi des bains froids chez les sujets dont le cœur se contracte insuffisamment (parésie cardiaque) et chez les sujets prédisposés à l'adynamie. Cette dernière contre-indication semble avoir tout particulièrement préoccupé les cliniciens allemands qui possèdent une certaine expérience du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Ainsi M. Fritz, assistant d'un des services de médecine de l'hopital de la Charité de Berlin, a exposé les particularités notées dans le cours d'une épidémie de fièvre typhoïde chez les malades soignés dans son service. Voici ce qu'on lit dans le chapitre consacré au traitement : Comme une grande partie de ces malades étaient des individus de constitution affaiblie et qui, dès le début, avaient le pouls lent et une température relativement peu élevée, il ne pouvait être question d'employer le bain froid qu'avec un certain choix. (Charite-Annalen, 1879, p. 175.)

M. Drecker a observé, dans le courant de l'année dernière, une petite épidémie locale de fièvre typhoïde, qui sévit sur une colonie de mineurs, et qui eut pour cause une adultération des eaux potables par des matières organiques en décomposition. En parlant du traitement, l'auteur fait remarquer « qu'il ne pouvait être question de recourir aux soustractions de

(1) Voir Gazette médicale, 1883, nos 3 et 11.

Multos castra juvant, et lituo tubæ
Permixtus sonitus, bellaque matribus
Detestata........

Mais, pour si élevé et beaucoup trop élevé que soit le chiffre des victimes mortes sur le bûcher sous l'inculpation de sorcellerie, je crois que ce chiffre est loin d'atteindre celui des victimes des immenses hécatombes de nos guerres, nationales ou non.

En 1817, un Espagnol du plus haut mérite, L. Llorente, qui avait longtemps été commissaire du Saint-Office, répondant à un député, Clauzel de Coussergues, qui avait affirmé à la tribune française la tolérance et même la douceur des tribunaux de l'Inquisition de son temps, écrivait « que ce bénin tribunal avait fait périr dans les flammes 1,578 personnes, depuis 1700 jusqu'en 1803, ce qui fait plus de 15 victimes par année; plus, 788 brûlés en effigie que 11,988 avaient été condamnées à des peines plus ou moins graves : en tout 14, 364 victimes dans l'espace de 103 ans. »

Cela est épouvantable; et cependant en raisonnant froidement, comme des gens qui n'ont plus à craindre les bûchers, tandis que les guerres de conquête sont moins éloignées de nous, force nous est de convenir que ce chiffre énorme des victimes de l'Inquisition en cent ans est de beaucoup dépassé par la seule guerre de l'Indépendance espagnole, quoique l'inquisition exerçât son occulte puissance sur un domaine bien plus étendu que celui de la seule sorcellerie.

Il est vrai, le même Horace l'a dit :

Dulce et decorum est pro patriâ mori.

La mort est bien moins pénible et bien plus glorieuse sur les champs de bataille ; et elle passe plus inaperçue. Mais, pour en revenir à l'assertion de M. Regnard, nous lui dirons : si, à l'inverse de l'adage scientifique, *non numerantur sed ponderantur*, nous comptons au lieu de peser, le chiffre des victimes semées sur les champs de bataille durant les derniers siècles, les siècles les plus avancés en civilisation, dépassera de beaucoup le nombre des victimes de la superstition aveugle des siècles les plus arriérés. — Il y a donc mieux à faire que de prêcher la répulsion pour des supplices aujourd'hui oubliés, quand il reste encore un immense progrès à réaliser : supprimer les guerres de conquête.

La brochure de MM. Bourneville et Teinturier a pour titre gé-

chaleur, parce que chez ces mineurs, surmenés par le travail, l'abattement était grand ». Par contre, on retira de bons effets de l'administration du vin donné aux malades à titre de tonique. Sur une vingtaine de malades, qui payèrent leur tribut à l'épidémie locale, aucun ne succomba. (Deut. med. Wochenschrift, 1882, n° 37). Nous pourrions multiplier ces exemples.

M. Unverricht, de Breslau, en exposant les résultats favorables de l'emploi des bains tièdes prolongés dans le traitement de la fièvre typhoïde, conclut que cette méthode de traitement a les mêmes avantages que la médication par les bains froids, sans en avoir les inconvénients. Il ajoute sagement qu'on ne saurait mettre trop de réserve à formuler des conclusions générales sur ce terrain; car, dit-il, s'il arrive, dane la pratique, de rencontrer des typhoïsants avec de hautes températuree, qui, sans le secours d'aucune médication active, traversent la maladie sans délire, sans adynamie, sans atteinte grave de l'état général, on rencontre aussi des cas de fièvre typhoïde de la plus haute gravité, réfractaires à tout traitement. C'est ce dont M. Unverricht a été témoin pendant lee deux premiers mois de son séjour à l'hôpital de Breslau. « Dans ces cas, dit-il, toutes les pratiques hydrothérapiques furent impuissantes à dissiper l'obnubilation de l'intelligence, *et malgré l'emploi le plus persévérant des bains froids la mortalité fut tout à fait énorme.*» (1)

Aux chiffres publiés par M. Jürgensen, qui semblent démontrer que soue l'influence de la médication par les bains froids, la mortalité par fièvre typhoïde a été réduite au cinquième de ce qu'elle était autrefois, on peut, poursuit M. Unverricht, opposer les imposantes statistiques des hôpitaux de Vienne, qui déposent en faveur d'une aggravation de cette mortalité.

Une autre contre-indication sur laquelle insistent les médecins allemands réside dans l'âge des malades. On semble de plus en plus enclin à proscrire l'emploi des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants. Quelques citations recueillies au hasard de nos recherches en fourniront la preuve.

Un médecin d'enfants bien connu, M. Henoch, en faisant connaître les résultats obtenus dans le traitement de la fièvre typhoïde, chez les enfants soignés à l'hôpital de la Charité de Berlin, écrivait déjà en 1875 : « En ce qui concerne la fièvre typhoïde chez les enfants, je désire dès l'abord mettre en garde contre l'emploi systématique de la méthode des bains froids, parce que, d'après mes expériences personnelles, les enfants, d'une façon générale, supportent cette méthode beaucoup moins bieu que les adultes.» Et il ajontait, qu'un premier bain froid chez un enfant typhoïdique ne sera jamais qu'une expérience, de l'issue de laquelle doit dépendre la conduite ultérieure du médecin. (Charité Annalen, 1875, p. 595.)

M. Hüttenbrenner, un autre médecin d'enfants, partage sur ce point les vues de M. Henoch.

M. Steffen, sur un ensemble de 148 cas de fièvre typhoïde chez des enfants, a eu recours à la médication réfrigérante 48 fois. Tout d'abord il faisait mettre les petits malades dans des bains de 15° à 20° R (18°,7 25° C); mais le traitement était si mal supporté que force fut d'employer des bains dont la température initiale était de 35° C, et qu'on refroidissait progressivement à 25°. Sur les 48 malades ainsi traités, 5 sont morts, proportion 10,4 0/0. Ce résultat n'est pas très brillant, étant donnée la bénignité relative de la fièvre typhoïde dans le jeune âge. Ajoutons que les 100 autres enfants typhoïdiques qui composent la statistique de M. Steffen ont été traités par le salicylate de soude, et que 6 seulement sont morts. M. Steffen ne se fait pas faute de reconnaître que la médication par les bains froids favorise les complications inflammatoires du côté des poumons, et qu'une contre-indication fréquente réside dans la répugnance manifestée par les enfants pour le bain froid ainsi que dans la tendance au collapsus créée par la réfrigération.

Enfin ceux qui ne voient dans la fièvre typhoïde qu'un élément morbide à combattre, l'hyperthermie, et qui accusent les médecins allemands de ce même exclusivisme, liront avec fruit les observations du genre de celles publiées naguère par M. Fraentzel et qui ont trait *aux formes graves de la fièvre typhoïde, à marche apyrétique ou à température peu élevée.* En s'inspirant de ces faits, on en est venu à se demander en Allemagne, si l'hyperthermie, dans la fièvre typhoïde, ne serait pas un élément utile, sous prétexte que l'élévation de la température interne au-dessus de 40° tue les germes organisés qui entretiennent la maladie. Que pensent nos doctrinaires

(1) Deut. med. Wochenschrift, 1882, n° 35, p. 477.

néral : *Bibliothèque diabolique*, comme pour indiquer que le *Sabbat des sorciers* (1) sera suivi d'autres publications du même geore. Imprimé à Evreux en caractères elzéviriens et accompagné de 26 gravures qui reproduisent de vieux dessins gravés d'après les antiques manuels de sorcellerie, le *Sabbat* est une coquette brochure de bibliophile. On y trouvera une description détaillée du sabbat d'après les anciens textes, empruntés soit au livre de Bodin (*De la démonomanie des sorciers*), soit au livre de Boguet (*Discours exécrables des sorciers*, etc., Rouen, 1,606), etc.

Se gardant de toute appréciation et fort justement, me semble-t-il, MM. Bourneville et Teinturier ont laissé parler les textes, en même temps que les gravures parlent aux yeux. Cela est plus que suffisant pour plonger l'esprit du lecteur du dix-neuvième siècle dans une sorte de cauchemar pénible. Malgré soi, l'on cherche à se rendre compte de ces aberrations de l'intelligence qui ont pu pendant de longs siècles torturer les imaginations et les pousser à de pareilles croyaoces, hélas! suivies d'actes encore plus horribles (1).

Et l'on est fier de se sentir à l'abri de ces monstrueuses visions, d'occuper ces régions sereines de la science, ces temples de la sagesse chantés par le poète :

Edita doctrinâ sapientum templa serena (2).

J'exprimerai un regret à MM. Bourneville et Teinturier : pourquoi n'oot-ils pas indiqué l'origine de leurs gravures ?

Dr Albertus.

(A suivre.)

(1) Brochure in-8 de 38 pages, avec gravures, 1882. — Bureaux du Progrès médical et librairie Delahaye et Lecrosnier.

(1) Sur les procédures sommaires en usage contre les accusés de sorcellerie, on pourra lire une thèse de M. Legué sur les possédées de Loudun, Paris, 1874.

(2) Lucrèce. — *De rerum naturâ*, Lib. II, v. 8.

français de cette théorie, qui en vaut bien d'autres au point de vue des principes ?

E. Ricklin.

CHIRURGIE PRATIQUE

Sur un cas de kyste hydatique du biceps huméral, par M. Picqué, chef de clinique.

Les kystes hydatiqnés du biceps huméral sont excessivement rares, car, si l'on parcourt les statistiques publiées par Fernet (Soc. an., 1865), Desprez (Th. agrég., 1866) et Orillard (Th. inang. ; 1869), on n'en trouve que trois cas dus à Dupuytren, Blandin et Soulé (de Bordeaux). Leur histoire en est donc imparfaitement connue ; aussi, croyons-nous utile de publier le cas suivant, qu'il nous a été donné d'observer dans le service de M. le professeur Gosselin.

La nommée Ch... (Geneviève), âgée de cinquante-trois ans, ménagère, entre dans le service le 7 septembre 1882, salle Sainte-Catherine, no 14, pour une tumeur volumineuse siégeant à la partie antérieure du bras gauche.

Cette malade nous raconte que la tumeur a débuté, il y a environ dix ans, par une petite grosseur au niveau de la partie antérieure du bras; que, depuis cette époque, elle a augmenté progressivement, mais lentement, en restant constamment indolente ; il y a deux mois, cette tumeur a éprouvé un accroissement subit de volume sans production de douleurs. En ce moment la malade n'est gênée que par le gros volume de son bras.

Etat actuel. — A la partie antérieure du bras gauche, on constate une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, s'étendant depuis le coude, dont elle masque la région antérieure, jusqu'à l'empreinte deltoïdienne ; elle est régulièrement arrondie sur la partie antérieure, mais, sur la face interne, on trouve deux tumeurs surajoutées, petites et arrondies, situées l'une en haut, l'autre en bas, et séparées par un sillon transversal facilement appréciable à la vue.

A son niveau, la peau ne présente aucune modification de coloration ni d'épaisseur et n'est en aucun point adhérente aux parties sous-jacentes ; il existe surtout en avant une vascularisation veineuse sous-cutanée assez prononcée.

A la palpation, on ne constate ni dureté ni point ramolli. La consistance est uniformément élastique.

En comprimant simultanément la tumeur en deux points suffisamment rapprochés, on constate qu'il y a de la fluctuation et que ce phénomène s'accentue quand les mains se rapprochent davantage ; ce n'est pas un déplacement en masse, car, en mettant une main de champ entre les deux points comprimés, le même effet persiste. Ajoutons que la tumeur ne fluctue que dans sa portion principale et nullement dans les deux tumeurs accessoires.

La masse est absolument mobile sur les parties sous-jacentes et nullement adhérente à l'os. Quand on invite la malade à contracter le biceps, la tumeur devient moins mobile et durcit sans qu'il se forme au-dessus d'elle de saillie longitudinale. Elle est donc située dans l'épaisseur du biceps.

Le squelette est intact, du moins dans sa portion accessible. Pas d'œdème du membre. Le pouls radial n'offre aucun retard sur celui du côté opposé.

La sensibilité est partout intacte, sauf sur l'annulaire, qui est insensible, sur toutes ses faces, au niveau des deux dernières phalanges seulement, et qui est le siège de quelques fourmillements.

Pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle. Etat général excellent.

Quelle peut être la nature de la tumeur ? Est-elle solide ou liquide ? Car on sait combien l'apparence de fluctuation peut être trompeuse.

Si elle est solide, ce n'est pas un lipome, car cette tumeur présente un développement très lent et n'offre jamais d'accroissement rapide à un moment donné de son évolution. Ce pourrait être, à la vérité, un sarcome.

En fait de tumeur liquide, on ne pourrait songer qu'à un abcès froid, un hématome ou un kyste hydatique.

Notre excellent maître, M. Berger, admettant la nature liquide de la tumeur, se rallia à cette dernière hypothèse, qu'il considéra comme plus probable en raison des commémoratifs et de la fréquence relative du kyste hydatique, mais tout en posant en principe qu'en pareille circonstance le diagnostic ne pouvait être tranché que par la ponction.

Le 15 septembre, une ponction fut pratiquée avec l'appareil Potain ; le liquide recueilli est un pus épais, jaunâtre, contenant des membranes caractéristiques et des crochets.

C'était bien un kyste hydatique à parois épaissés, avec cette particularité qu'il était suppuré. La poche secondaire supérieure communiquait avec la poche principale et s'était vidée ; mais la poche inférieure était indépendante.

Le 16 septembre, ponction de la poche isolée ; le kyste est également hydatique et suppuré.

Que faire dès lors comme intervention chirurgicale. Doit-on se contenter d'injections irritantes ? Mais ce moyen est bien précaire pour un kyste dont la paroi est si épaisse. La dissection de la poche serait évidemment plus rationnelle. M. Desprez, dans sa thèse, la condamne un peu théoriquement, comme plus dangereuse : tout dépend, croyons-nous, de la disposition de la poche et de son adhérence.

Si la poche est arrondie, bien limitée, facile à détacher, il nous semble qu'on pourrait bien en tenter la dissection.

Si, au contraire, la poche est considérable, présente des diverticulums multiples et surtout est fortement adhérente, il pourrait être difficile, sinon impossible, d'en pratiquer l'extirpation, sans compter la gêne fonctionnelle considérable qui pourrait résulter de la section d'un grand nombre de fibres musculaires. C'est ce qui est arrivé dans le cas actuel.

Le 24, le kyste est ouvert dans toute son étendue par une incision pratiquée à sa partie antérieure, depuis la dépression deltoïdienne jusque près du pli du coude.

Le poche inférieure et interne est d'abord ouverte et vidée : elle communiquait par un très petit pertuis avec la poche principale. Cette poche adhère si fortement au tissu musculaire, qu'il est impossible de l'en détacher. Il existe, de plus, deux prolongements dans chacun des chefs supérieurs du biceps et un dans le chef inférieur.

Ainsi donc cette tumeur, fortement adhérente au tissu musculaire, occupe toute l'étendue du corps du biceps et chacun de ses chefs.

Il ne pouvait être question d'énucléation. M. Berger se contenta de vider la cavité des hydatides qu'elle contenait et de gratter à la cuillère tranchante les parois du kyste de façon à en détacher la membrane granuleuse.

Après le grattage, lavage avec la solution forte, application de douze points de suture, drainage et compression.

Les suites furent très bénignes ; la réunion fut parfaite, sauf en un point situé près de l'angle supérieur qui devient le siège d'une suppuration légère qui ne dura que quelques jours. La guérison était complète le 15 octobre.

La malade est revenue nous voir le 1er novembre ; on voit la cicatrice à la partie antérieure du bras, qui a repris son volume normal.

Les mouvements de l'avant-bras sur le bras semblent intacts ; mais, en réalité, l'action du biceps est suppléée par celle du brachial antérieur, d'où une diminution de la puissance musculaire, du reste inappréciable dans ce cas particulier, en raison des occupations de la malade.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. TRAITEMENT DU CHANCRE PHAGÉDÉNIQUE PAR L'ACIDE PYROGALLIQUE, par M. VIDAL. — II. DIFFÉRENCES D'ACTION DE L'IODOFORME SUIVANT LA NATURE DE LA PRÉPARATION EMPLOYÉE, par M. VISKEMANN (1). — III. RÉSULTATS OBTENUS A LA CLINIQUE DU PROFESSEUR LEYDEN (de Berlin), AVEC UN CERTAIN NOMBRE DE PRÉPARATIONS MÉDICAMENTEUSES NOUVELLES, par M. HILLER (2). — IV. RECHERCHES SUR LES EFFETS DE LA CONVALLARIA MAIALIS DANS LES AFFECTIONS CARDIAQUES, par M. STILLER (3).

La GAZETTE MÉDICALE, dans le numéro 3 de cette année, a reproduit les conclusions d'une note lue à l'Académie de médecine par M. Vidal, sur le traitement du phagédénisme du chancre simple par l'acide pyrogallique. C'est, paraît-il, un traitement excellent, comme d'autres que MM. Vidal, Terrillon, par exemple, ont déjà pu s'en convaincre sur un assez grand nombre de malades.

Voici les préparations dont M. Vidal a recommandé l'emploi :

1o Acide pyrogallique 20 grammes.
Axonge ou vaseline 80 —

Pour le pansement des ulcères étendus en surface :

2o Acide pyrogallique 20 grammes.
Poudre d'amidon 80 —

Pour le pansement des bubons phagédéniques avec anfractuosités profondes. On se sert, pour projeter la poudre, d'une poire en caoutchouc ; et on maintient le topique en place, à l'aide d'un plumasseau de charpie.

M. Terrillon, pour donner plus de consistance à la pommade, en a modifié ainsi la formule :

3o Acide pyrogallique 40 grammes.
Vaseline 120 —
Amidon 40 —

Le pansement, aussi bien avec la pommade qu'avec la poudre, doit être renouvelé soir et matin. Tous les trois ou quatre jours, il faut détacher l'escharre qui s'est formée sous la poudre.

Les préparations à l'acide pyrogallique doivent être fraîches et conservées à l'abri de l'humidité dans un flacon bien bouché.

— Etant donnée une substance réputée antiseptique et utilisable, comme telle, pour le pansement des plaies, on suppose généralement que le mode d'application de la substance et son état physique sont choses indifférentes pour le but à atteindre. A ce propos, M. WISKEMANN invoque les expériences de Koch, qui démontrent que, dissous dans l'alcool ou dans l'huile, l'acide phénique n'exerce aucune action délétère sur les micro-organismes (bacilles et spores) charbonneux. A son tour il soutient qu'il n'est pas du tout indifférent d'appliquer l'iodoforme à la surface d'une plaie simple ou de nature spécifique, sous forme de petits cristaux, de poudre amorphe, de pommade, d'éthérolé, de crayons, dans les cas de trajets fistuleux. L'iodoforme n'agit pas seulement en tant que combinaison chimique susceptible de mettre en liberté de l'iode ; cette substance est douée, en plus, d'une action physique. Quand on recouvre une plaie d'une couche assez épaisse d'iodoforme à l'état cristallin, il s'opère une aspiration des liquides sécrétés à la surface de la partie malade. Ces produits de sécrétion, en s'insinuant dans les interstices laissés par les petits cristaux d'iodoforme, se dessèchent rapidement et forment avec ceux-ci une croûte imperméable. Sous cette croûte, la cicatrisation s'opère très rapidement, sans la moindre rétraction des tissus.

Ce serait donc à l'état cristallin qu'il faut employer l'iodoforme, lorsqu'on veut recourir à cette substance pour le pansement d'une plaie simple ou tuberculeuse, ou d'un ulcère vénérien. Aux chirurgiens de nous apprendre si cette recommandation a l'importance que lui attribue M. Viskemann.

— M. HILLER, assistant du professeur Leyden, a rendu compte, dans une des dernières séances de la Société de médecine interne de Berlin, des recherches cliniques qui ont été faites dans le service de son maître, avec une série de médicaments plus ou moins nouveaux.

Le *tannate de soude*, préparé suivant les prescriptions de M. Levin et prôné par ce dernier comme un excellent remède dans les cas de néphrite et, en particulier, de la néphrite chronique, s'est montré absolument inefficace. (1)

L'*extrait de fève de Calabar* a été vanté dans ces dernières années, en Allemagne, pour son action tonifiante sur les plans musculaires de l'intestin. A ce titre, ce serait un remède héroïque contre la constipation opiniâtre, à employer surtout dans les cas d'occlusion intestinale par coprostase. Les observations recueillies dans le service de M. Leyden démontrent qu'en effet l'extrait de fève de Calabar agit d'une façon sûre et rapide sur les états atoniques de l'intestin, caractérisés par de la flatulence, par du météorisme survenant à la fin des repas, par une sensation de pression et de pesanteur à l'épigastre, de la constipation habituelle, etc. Le médicament était donné sous la forme suivante :

Rec. Extrait de fève de Calabar 0,1 centigr. ;
Glycérine pure 30 gr.

M. s. a. A prendre tous les jours dix gouttes.

Les malades éprouvaient un soulagement immédiat, mais très passager, subsistant tout au plus deux ou trois jours après que le remède eut été suspendu. Or, l'administration prolongée de l'extrait de fève de Calabar n'a pas seulement pour effet d'entraîner l'accoutumance, elle expose les malades à des dangers dont il va être question plus loin.

Avant cela, nous dirons que les observations de M. Hiller ne confirment pas ce que l'on avait dit de l'efficacité de l'extrait de fève de Calabar contre la constipation opiniâtre. Le médi-

(1) BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1883, no 8.
(2) DEUT. MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1883, nos 8 et 9.
(3) WIENER MEDIC. WOCHENSCHR., 1882, n° 44.

(1) Voir aussi GAZETTE MÉDICALE, 1882, no 25, p. 313.

cament a été administré, sans résultat, à une série de malades, en particulier à des convalescents, qui avaient l'intestin paresseux. Des expériences sur les animaux ont montré qu'il en devait être ainsi. Lorsqu'on fait prendre de l'extrait de fève de Calabar à des lapins, et qu'on leur ouvre l'abdomen, on constate que l'intestin entre en état de tétanie, en même temps que les vaisseaux intestinaux se resserrent, ce qui amène une réplétion passive des vaisseaux mésentériques. Les mouvements péristaltiques, loin d'être activés, sont, au contraire, arrêtés. Voilà, sans doute, pourquoi le médicament ne sollicite pas la progression des masses fécales accumulées dans l'intestin, hors le cas où ces matières sont engagés dans la dernière partie du gros intestin, dans le rectum.

M. Hiller se demande si l'action tétanisante que la fève de Calabar exerce sur les plans musculaires et aussi sur les vaisseaux de l'intestin ne pourrait pas être utilisée dans le traitement du choléra asiatique? C'est une question qu'on ne peut trancher *a priori*. Une chose est certaine, c'est que la fève de Calabar ne saurait être maniée avec trop de prudence. Avec des doses relativement faibles de ce médicament (15 milligrammes administrés deux jours de suite), on peut voir se produire de la rétention d'urine, du myosis, de l'anxiété précordiale avec palpitations, accélération énorme et irrégularité du pouls; aussi, l'auteur recommande-t-il de ne pas poursuivre l'administration du médicament plus de trois jours consécutifs, et de suspendre la médication sitôt que se produit le myosis. Le mieux sera peut-être de s'en abstenir, si elle ne trouve pas meilleur emploi.

Il y a quelques mois, M. Fronmüller présentait le *tannate de cannabine* comme un hypnotique sûr et dépourvu de tout effet secondaire désagréable; or, tels sont les inconvénients et les dangers qu'entraîne l'abus de la morphine, qu'on ne saurait faire trop bon accueil aux succédanés de cette dernière. M. Hiller reconnaît que le tannate de cannabine a donné de bons résultats, surtout dans *les formes légères* de l'insomnie, qu'il s'est montré moins efficace dans les cas d'algies intenses, dans le delirium tremens, la manie et chez les sujets déjà habitués aux narcotiques.

Ce médicament était prescrit sous la forme suivante :

Rec. Tannate de cannabine..... 1 gramme.
Sucre blanc................. 2 —
M. s. a. A diviser en parties égales n° IV.

Prendre une, au plus deux, de ces poudres, le soir, avant le coucher.

— La *convallaria maialis*, qui, entre les mains de MM. Bogojawlenski, Troistzky (de Saint-Pétersbourg), de MM. G. Sée et Bochefontaine (en France), s'était révélée comme un excellent succédané de la digitale, s'est comportée en véritable rebelle, dans le service de M. Leyden. Aussi bien l'extrait préparé d'après les prescriptions de M. G. Sée que l'infusion de la plante n'ont manifesté aucune influence sur le pouls, la pression artérielle et la sécrétion urinaire chez des cardiaques sous le coup de troubles de la compensation.

Tout aussi négatifs ont été les essais faits avec ces mêmes préparations par M. Stiller (de Pesth) sur 21 malades affectés de lésions cardiaques.

Il est impossible que ces discordances ne trouvent leur raison d'être dans la qualité de la préparation.

E. Ricklin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 mars 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

Physiologie expérimentale. — Du rôle de l'oxygène de l'air dans l'atténuation quasi instantanée des cultures virulentes par l'action de la chaleur, par M. A. Chauveau.

Avec le manuel généralement usité pour l'application de la méthode d'atténuation rapide des cultures virulentes par l'action de la chaleur, la phase essentielle, celle pendant laquelle s'opère l'atténuation, se passe nécessairement en présence de l'oxygène de l'air contenu dans les matras. Or il est prouvé, par les belles recherches de M. Pasteur, que l'oxygène est un très actif agent d'atténuation de la virulence des microbes infectieux. Ne serait-ce pas à l'intervention de cet agent, pendant le chauffage, que serait due l'atténuation qui est attribuée ici à l'action de la chaleur? Tout au moins, l'oxygène ne contribuerait-il point, pour une part plus ou moins grande, à la production de l'effet atténuant? Ce sont là des questions qui méritent d'être étudiées avec le plus grand soin.

Des expériences qu'il a entreprises à ce sujet, M. Chauveau conclut : non seulement la présence de l'air n'intervient pas dans l'atténuation que le chauffage imprime au virus charbonneux, mais cette atténuation se fait beaucoup mieux en l'absence qu'en la présence de l'oxygène. Privé de ce gaz, le virus oppose une résistance beaucoup moins grande à l'action atténuante de la chaleur.

On sera peut-être tenté, ajoute-t-il, de trouver une contradiction entre ces résultats et ceux qui ont été si brillamment exploités par M. Pasteur pour l'institution de sa très solide méthode d'atténuation des virus par l'action de l'oxygène. Ce serait à tort. Les conditions des deux ordres d'expériences sont différentes; il eût été étonnant que les résultats en eussent été identiques. Ce qu'il faut retenir de ceux que j'ai obtenus, c'est que la méthode d'atténuation des virus par la chaleur a son individualité et son importance propres, avec lesquelles il faudra nécessairement compter.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mars 1883. — Présidence de M. Hardy

La correspondance non officielle comprend : 1. une note de M. Devilliers, intitulée : *Conseils élémentaires aux mères et aux nourrices*; 2. une note de M. Le Garrec, sur une épidémie de variole à Plouay (Morbihan).

Travaux présentés. — *Douze ans en Algérie*, exposé historique très intéressant des faits militaires pendant la période d'occupation de 1830 à 1842, par M. Bonnafont, membre correspondant. — *Leçons sur les maladies mentales*, par M. le docteur Benjamin Ball. — *Conseils élémentaires aux mères et aux nourrices*, par M. de Villiers. — La deuxième livraison du *Dictionnaire usuel des sciences médicales*, par MM. Dechambre, Mathias Duval et Lereboullet. — La troisième édition des deux premiers volumes des *Leçons cliniques de thérapeutique*; la deuxième et la troisième livraison du *Dictionnaire thérapeutique*, par M. Dujardin-Beaumetz. — Un travail manuscrit intitulé : *Considérations sur les revaccinations pratiquées en 1881 et 1882 au 28e de ligne avec du vaccin d'enfant et avec du vaccin d'adulte, et sur la nécessité des revaccinations multiples*, par M. le docteur Aubert, médecin-major de 2e classe. — *Les ambulances pendant la guerre de 1870 à 1871*, par M. le docteur Armieux. — *Précis théorique et pratique de l'examen de l'œil*, par M. le docteur Chanvel. — *Etude sur une épidémie de variole à Plouay (Morbihan)*, par M. le docteur Le Garrec.

— M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. Lasègue, l'un de ses membres titulaires.

Élection. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant dans la quatrième divisinn.

La Commission propose : en première ligne, M. Husson (de Toul); en deuxième ligne *ex æquo*, MM. Audouard (de Vannes) et Cazeneuve (de Lille).

Le nombre des votants étant de 55, majorité absolue 28, M. Husson nbtient 40 suffrages, M. Audnuard 6, M. Cazeneuve 6, bulletins blancs 3.

En conséquence, M. Husson ayant nbtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national dans la quatrième division.

Snite de la discussion snr la fièvre typhoïde. — M. Peter. La discussion s'est étendue ; il ne s'agit plus seulement du traitement de la fièvre typhoïde, mais bien d'une question de doctrine de la plus haute importance. En m'élevant contre la chimiâtrie, je ne pouvais avoir en vue M. Pasteur, puisqu'il a fait sortir la fermentation du domaine de la chimie poür l'importer dans celui de la physiologie ; ce n'est certes pas l'œuvre d'un chimiâtre ; en combattant la chimiâtrie, c'était Brand et ses disciples que je combattais. D'ailleurs, cette doctrine de la chimiâtrie n'est pas nouvelle ; sans parler de Magendie, son plus fervent apôtre, ni de son élève de prédilection, Claude Bernard, qui n'a pas complétement échappé aux tendances de son maître, au xvie siècle déjà, Paracelse ne voyait partout que des phénomènes chimiques dans « la vie saine comme dans la vie malsaine ». A cette époque déjà, la chimie régnait tyranniquement sur la médecine. De nos jours encore, la chimiâtrie tend à régner en souveraine. La médecine traverse actuellement une des phases les plus difficiles de son histoire ; elle est complétement accaparée par les chimistes, les physiciens et les physiologistes. Or, rien n'est plus éloigné de l'esprit médical que l'esprit du physicien, du chimiste et du physiologiste. Leur science, en effet, est toute d'analyse ; le chimiste, par exemple, n'étudie jamais qu'un phénomène simple, qu'il produit comme et quand il veut ; il en est de même du physicien étudiant la chaleur, la lumière ou l'électricité ; il en est de même du physiologiste quand il étudie la digestion sans s'occuper de l'être qui digère ; ce sont là des sciences toutes d'analyse. Étant donnée cette tournure d'esprit du chimiste nu du physiologiste, chaque fois que l'un ou l'autre s'occupe de médecine, il apporte cet esprit d'analyse dans l'étude des phénomènes morbides ; il ne voit que l'analyse là où nnus, médecins, sommes obligés de faire de la synthèse. Le médecin ne chnisit pas le phénomène, il le subit ; il est toujours contraint de faire intervenir tout l'être mnrbide ; il ne peut pas répéter, à loisir, ses expériences ; l'observation médicale n'est pas de l'expérimentation, c'est une œuvre de temps, d'expérieuce acquise, d'étude sagace et prolongée ; combien l'étude des épidémies, par exemple, ne demande-t-elle pas de temps ? En raison même de cette lenteur qu'exige l'observation médicale, certains esprits ardents et juvéniles trouvent que cela ne va pas assez vite, préfèrent l'expérimentation de laboratoire et tombent dans la chimiâtrie. La médecine n'est plus dans Rome ; il n'y a plus de médecins, il n'y a plus que des chimistes et des physiciens.

Or, s'il fallait un exemple pour montrer l'abîme qui sépare le physicien du médecin, je prendrais l'exemple de la poule et de la grenouille qui vous a été cité dans la dernière séance : On prend une poule qu'on cloue ou qu'on lie par les pattes sur une planche ; on la trempe dans l'eau froide ; on constate que sa température propre s'abaisse; on lui inocule le virus charbonneux, et celui-ci se développe chez elle ; le physicien en conclut que c'est parce que sa température a été abaissée que la poule a contracté le charbon. Que dit le médecin? Que c'est là une pnule que vous avez rendue malade ; rien n'est terrifiant pour la poule comme l'eau froide ; elle est malade par sa peau, par ses muscles, par ses nerfs, par sa moelle, par son cerveau terrnrisé ; elle ne mange pas, elle est plongée dans l'inanition non moins que dans l'eau ; en un mot, elle devient malade, et vous avez déterminé chez elle cette condition particulière qui constitue ce que l'on a tour à tour désigné sous les noms de prédisposition, d'imminence morbide, de réceptivité. Si, au lieu de la poule, nous prenons la grenouille, c'est exactement le même phénomène en sens inverse ; la poule avait trop froid, la grenoullie a trop chaud, et ce n'est pas parce qu'elle a trop chaud, mais bien parce qu'elle en devient malade, qu'elle est apte dès lors à contracter le charbon. Il en est de même de la fameuse expérience de Claude Bernard, dont personne plus que moi n'admire le génie ni n'apprécie la probité scientifique. Vnulant étudier l'influence de la chaleur sur les êtres vivants, et cela jusqu'à ce que mort s'ensuive, Claude Bernard fait sa fameuse expérience du moineau. Or ce moineau est mort avec une surélévation de température de 10° par rapport à sa température primitive ; ici, vraiment, Claude Bernard raisonne en physicien et non en médecin ; parce que ce moineau meurt avec les muscles coagulés, l'illustre physinlogiste en conclut que l'hyperthermie détermine la coagulation des muscles, la cessation des battements du cœur, et que c'est comme cela qu'nn meurt dans certaines maladies fébriles. D'abord Claude Bernard a comparé une hyperthermie artificiellement produite avec une hyperthermie morbide ; il a ensuite rapproché les effets d'une surélévation de 10°, avec ceux d'une surélévation de 3 à 4° ; se rappelant que dans la fièvre typhoïde on nbserve la dégénérescence musculaire, il rapproche celle-ci de la dégénérescence musculaire de son moineau et en conclut que c'est comme cela qu'on meurt dans la fièvre typhoïde. Mais pour qu'il pût être établi la moindre comparaison entre ces deux faits, il faudrait que dans la fièvre typhoïde tous les muscles fussent envahis par cette dégénérescence ; or on sait qu'il n'en est rien. Enfin, si c'était la température de 40° ou 41° qui amenât cette dégénérescence musculaire, celle-ci devrait aussi bien s'observer dans le rhumatisme ou dans la pneumonie que dans la fièvre typhoïde.

Ce n'est pas pour porter atteinte à la mémoire de Claude Bernard que j'ai choisi cet exemple, mais bien pour montrer qne si un homme de cette valeur intellectuelle, de cette sagacité expérimentale, s'est trompé dans ses conclusions, que sera-ce des physiologistes qui font de la physiologie à leurs moments perdus ?

J'arrive à Brand. Ici c'est encore pis. Brand, c'est M. Pasteur retourné ; en effet, tandis que celui-ci fait sortir de vive force la fermentation des phénomènes physico-chimiques pour la faire entrer dans les phénomènes physiologiques, Brand, cherchant au contraire à démontrer que la maladie n'est qu'une fermentation, ne vnit là que des phénomènes d'ordre purement chimique. On connaît son expérience par laquelle il cherche à démontrer que le froid, arrêtant la fermentation, arrête la fermentation morbide ou la maladie, qui pour lui n'est qu'une fermentation. Il place du moût d'orge dans une cuve, la fermentation se produit, la température s'élève ; il fait descendre la température de cette cuve à 18°, alors la fermentation s'arrête ; l'hyperthermie et la fermentation étant deux phénomènes connexes, il en conclut qu'en faisant tomber l'hyperthermie, il arrête les fermentations morbides ; mais pour établir la mnindre comparaison entre ce qui se passe dans l'organisme et ce qui se passe dans la cuve de Brand, il faudrait que le moût morbide, chez le fébricitant, fût à 18° comme l'est le moût de cette cuve ; or on a comparé l'abaissement d'un nu de deux degrés que l'on constate dans le rectum d'un fébricitant avec un abaissement à 18° ! Je crois pouvoir dire que c'est insensé ou tout au moins illngique, et je ne saurais trop m'élever contre cette doctrine absolument chimiâtrique.

La médication par l'eau froide, dont je reconnais dans certains cas les merveilleux effets, est une médication névrosthénique et non une médication uniquement réfrigérante ; c'est l'être morbide tout entier qui est placé dans les conditions toutes différentes ; cette modification brutale, parfois efficace, souvent dangereuse, exerce son action sur l'nrganisme tout entier et non pas seulement

sur l'hyperthermie ; or c'est elle seule qu'envisagent les adeptes de Brand ; si bien qu'un Edison de l'avenir imaginera une machine portant à l'une de ses extrémités un thermomètre et à l'autre un crampon qui, chaque fois que le thermomètre atteindra un certain degré, saisira le malade et le plongera immédiatement dans un bain tout préparé ; il n'y aura plus de médecins, ni d'infirmiers, il n'y aura plus que des machines. Si avec cela, on admet que toutes les phlegmasies, s'accompagnant d'une surélévation de la température, sont dues à une fermentation ou à un microbe particulier, on voit à quelles inconséquences nous entraîneraient les idées du chimiâtre Brand.

On a dit : Peu nous importe la médecine du sens commun si l'autre guérit mieux ou plus vite ; et là-dessus on a fait intervenir des documents statistiques d'origine allemande : *Timeo Germanos et dona ferentes* ; j'ai, moi aussi, déjà montré une statistique lyonnaise qui donne 15 p. 100 de mortalité dans les hôpitaux où a été employée la méthode de Brand, et 13 p. 100 seulement dans ceux où cette méthode n'a pas été suivie. Voyons maintenant ce que valent les statistiques allemandes ; j'emprunterai ces documents, documents pas légers, mais écrasants, à un article de M. Ricklin dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. (Voir le PREMIER-PARIS, du numéro précédent.)

Nous savons que, pour répondre aux arguments qui lui sont opposés, Brand a deux échappatoires. Tout d'abord, pour expliquer les cas de mort qui lui sont opposés, il dit : « Vous n'avez pas appliqué ma méthode dès le début » ; mais on ne diagnostique pas une fièvre thyphoïde dès le début ! Fandra-t-il donc plonger dans l'eau froide tout malade dont la température rectale s'élèvera à 38° ? Sa seconde échappatoire consiste à dire : « Vous n'avez pas plongé le malade dans l'eau froide toutes les trois heures ! » J'ai fait justice tout à l'heure de cette méthode qui consiste à n'interroger qu'un seul phénomène, l'hyperthermie. Je crois donc pouvoir dire que, relativement au traitement de la fièvre typhoïd. par les bains froids, la cause est entendue.

Mais, comme je le disais en commençant, il s'agit ici d'une grande doctrine et d'un grand homme : je veux parler de la doctrine microbienne et de M. Pasteur. C'est là toute une nouvelle théorie des maladies contagieuses ; ces maladies, pour M. Pasteur, sont déterminées par la présence dans l'organisme d'un élément figuré, vivant. M. Pasteur a découvert un certain nombre de ces éléments, de ces microbes. Parmi les maladies contagieuses, il y en a dont le microbe n'a pas encore été découvert. C'est là une doctrine toute française : avant M. Pasteur, il y a Davaine ; avant Davaine, il y a Raspail, qui, par une sorte d'intuition, a prédit, il y a quarante ans, tout ce que nous confirme aujourd'hui M. Pasteur. Raspail avait aussi trouvé le traitement : c'était le camphre.

« De quelles clartés éblouissantes, s'écriait récemment un passionné pastorien, vont se trouver désormais éclairés l'anatomie pathologique générale, le traitement et la prophylaxie d'une foule de maladies par la découverte des microbes ! »

J'avoue, quant à moi, ne pas voir que la découverte du microbe du pus de la morve ou de la syphilis explique pourquoi et comment ce pus agit autrement que le pus d'un abcès. Je sais maintenant qu'il y a un microbe particulier pour chacun de ces pus, mais cela ne m'éclaire en aucune façon sur l'anatomie pathologique des lésions produites par ces différents pus ; cela ne m'explique pas pourquoi les lésions de la morve occupent tels ou tels organes, tandis que la syphilis évoluera de préférence dans tels ou tels tissus ; enfin cela ne nous a pas jusqu'ici permis de découvrir un parasiticide spécifique pour chacun de ces microbes particuliers. Nous ne possédons que deux spécifiques dans toute la thérapeutique, le quinquina et le mercure : l'un a été découvert par hasard, l'autre par analogie. En supposant d'ailleurs que cela arrive un jour, il faudra encore de longues années avant qu'il ait été découvert un spécifique parasiticide pour chaque microbe ; or, pendant ce temps, le médecin doit agir ; il faut donc, comme Raspail, comme Déclat, adopter un seul parasiticide pour tous. Ce sera pour le premier le camphre, pour le second l'acide phénique, pour un troisième l'hydrogène sulfuré. Entre les trois, c'est encore le camphre que je préfère comme ayant l'odeur la moins désagréable. Relativement à l'hydrogène sulfuré, rappellerai-je l'expérience du citron couvert de moisissure et des moutons atteints de la clavelée dont a parlé M. Bouley dans la dernière séance ? Cela nous conduirait à des conclusions singulières telles que celle ci : Voici des matières fécales qui peuvent donner la fièvre tiphoïde, mais qui pourraient aussi la guérir par l'hydrogène sulfuré qui s'en dégage, comme la lance d'Achille qui blesse et guérit tout à la fois Trop heureux les vidangeurs, *sua si bona norint*.

Il me resterait à parler des vaccinations. J'y reviendrai dans la prochaine séance. Je voudrais, en terminant, parler un peu de moi. On m'a accusé de lèse-patriotisme, parce que je me suis permis une critique à l'égard de Claude Bernard ; nul plus que moi n'est sensible aux grandeurs de notre pays ; j'ai le culte des grands hommes, mais je n'en ai pas le fétichisme ; j'admire Homère, mais je ne crains pas de le trouver parfois endormi ; je professe la plus grande admiration pour le génie de Claude Bernard, mais je n'hésite pas à reconnaître ses erreurs ; j'admire et j'apprécie comme il le mérite M. Pasteur, mais je ne crains pas de déclarer que je trouve qu'il a été trop loin ; mon admiration pour les grands hommes ne saurait aller jusqu'à l'idolâtrie.

— M. LAGNEAU lit une note sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde, qu'il termine en ces termes : Tenant compte, d'une part de l'influence de l'encombrement humain sur le développement de la fièvre typhoïde et de la tuberculose pulmonaire, d'autre part de la mortalité typhoïque et phthisique entrant pour moitié dans la mortalité totale de notre armée, je terminerai ces quelques remarques en demandant qu'à la suite des propositions de MM. Marjolin et Rochard sur les logements insalubres, les eaux et les égouts, l'Académie attire également l'attention sur la nécessité d'améliorer les conditions hygiéniques de notre casernement.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mars 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

M. DE SAINT-GERMAIN dépose sur le bureau un exemplaire de ses leçons cliniques sur la *Chirurgie orthopédique*.

M. MONOD dépose, au nom de M. Vittorio de Semo (de Corfou), une observation de taille hypogastrique, chez un enfant de huit ans, suivie de guérison.

A propos du procès-verbal, M. Monod revient sur la communication de M. Trélat sur les hernies inguinales congénitales. Il fait remarquer qu'à côté de la disposition signalée par M. Trélat on peut trouver la suivante : une hernie accidentelle à sac distinct rencontre une hydrocèle en bissac et pénètre alors dans la tunique vaginale soit en la perforant, soit en la refoulant et en s'en coiffant ; dans ce cas, l'étranglement aura lieu à la partie supérieure.

— GASTROSTOMIE (Communication de M. TILLAUX). — La gastrostomie est une opération qui se fait dans deux conditions : ou bien pour retirer un corps étranger, ou bien dans le cas de rétrécissement cancéreux ou fibreux de l'œsophage. Lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement fibreux, c'est une excellente opération. M. Tillaux a eu l'occasion de la pratiquer, il y a quelque temps, chez un homme de cinquante-deux ans, pour un rétrécissement fibreux. Le malade n'avait pas d'antécédents syphilitiques, et jamais il n'avait avalé de liquide caustique. Il s'aperçut subitement qu'il avait de la peine à avaler ; cette gêne augmenta peu à peu, et tout cela sans qu'il pût donner une cause à son affection. Au bout d'un an, il entra à l'hôpital, ne pouvant plus avaler du tout ; c'est alors que M. Tillaux constata, à dix-huit centimètres au dessous du cricoïde, un anneau

fibreux très étroit, et qui laissa passer très difficilement des olives; il se décidait à pratiquer l'œsophagotomie interne lorsque le malade quitta l'hôpital pour des causes étrangères. Il ne se soigna pas et revint au bout de cinq mois, ne pouvant plus avaler, et même l'on ne pouvait plus passer d'olives. C'est alors que M. Tillaux se décida à pratiquer la gastrotomie, et choisit un procédé opératoire basé sur les recherches anatomiques faites par M. Ch. Labbé. D'après les études de ce dernier, il résulte que la grande courbure de l'estomac ne remonte jamais au-dessus d'une ligne qui rejoindrait les cartilages des deux neuvièmes côtes. Ce point de repère est absolument constant. Pour arriver sur l'estomac, il faut donc faire une incision parallèle au rebord des fausses côtes, et dont l'extrémité inférieure arrive à la ligne dont nous venons de parler. Par ce procédé, on arrive sur l'estomac beaucoup plus sûrement que par le procédé indiqué par Sedillot. Cet auteur conseillait de faire une incision cruciale au-dessus de l'ombilic, de tendre le grand droit et d'aller avec le doigt à la recherche de l'estomac. Ce procédé est plus compliqué, et M. Tillaux suivit le précédent. Une fois l'estomac découvert, il le fixa au moyen de deux broches, comme le recommande M. Verneuil, puis il appliqua dix-sept points de suture.

Les suites de l'opération furent très simples; le malade se leva dès le lendemain, et tout marchait très bien, lorsque, le douzième jour, le malade, à la suite d'une discussion, refusa absolument de laisser introduire toute espèce d'aliment dans son estomac, et il mourut d'inanition le dix septième jour.

M. Berger a fait, le mois dernier, une opération de gastrotomie pour un rétrécissement cancéreux infranchissable de l'œsophage. Le malade est mort dix-neuf heures après l'opération.

Pour arriver à l'estomac, M. Berger fit une incision de cinq centimètres, parallèle au rebord de la huitième côte, et, après avoir incisé le péritoine, il se trouva sur la face convexe du foie; mais il n'eut qu'à soulever le bord de cet organe pour rencontrer la face antérieure de l'estomac; seulement celui-ci avait à peine les dimensions du colon, et l'on hésita un instant avant de reconnaître que l'on était réellement en présence de l'estomac. La paroi stomacale fut fixée à la paroi abdominale par quatorze points de suture.

A l'autopsie on trouva un épithélioma étendu de l'œsophage; au-dessus du rétrécissement, il y avait une poche qui communiquait avec la trachée par une perforation spontanée. Il n'y avait pas trace de péritonite. Dans ce cas, il faut probablement attribuer la mort, comme l'indique M. Verneuil, à la gravité de toute opération chez des cancéreux affaiblis.

Quant au procédé opératoire, M. Berger dit qu'en faisant l'incision comme il l'a faite on est plus sûr de tomber sur l'estomac qu'en la faisant au niveau de la neuvième côte. Dans ce dernier cas, on risque de tomber sur le colon transverse ou sur l'épiploon.

Chez ces malades, l'estomac, qui est souvent rétracté, peut être confondu avec le gros intestin. On le reconnaîtra cependant à la disposition des vaisseaux, et à l'épaisseur de ses parois, qui sont charnues.

Malgré son insuccès, M. Berger croit que, chez les cancéreux, la gastrotomie peut être utile.

M. Sée a actuellement dans son service une femme qui a une bouche stomacale depuis le mois de novembre dernier et qui s'en trouve très bien. L'opération a été faite par le professeur Albert, de Vienne. C'est lui qui a fait peut-être le plus de gastrostomies. Pendant l'année 1881, il a eu 21 cas de rétrécissement œsophagien et douze fois il a pratiqué la bouche stomacale. Sur ces douze cas, deux fois on referma la plaie sans ouvrir l'estomac; dix fois on fit la suture de l'estomac, deux fois de suite, six fois plusieurs jours après l'incision abdominale, et dans deux cas les malades moururent avant que l'estomac fût ouvert. En effet, M. Albert fait son opération en deux temps: il commence par découvrir l'estomac, et, après plusieurs jours, il le suture et l'incise. Les résultats sont meilleurs depuis qu'il emploie ce procédé.

Cette opération prolonge l'existence chez les cancéreux; la survie est en moyenne de deux mois. Si le malade de M. Berger est mort, M. Sée pense que c'est parce qu'il a été opéré trop tard.

M. Verneuil, qui a vu le malade de M. Berger, est de l'avis de ce dernier quant à la cause de sa mort et ne partage pas l'opinion de M. Sée.

Dans les cas de cancer, lorsqu'il y a deux mois de survie après la gastrotomie, c'est exceptionnel, et non la moyenne; aussi M. Verneuil pense que, si la gastrostomie est nettement indiquée dans les cas de rétrécissement fibreux, c'est une opération dont il faut s'abstenir dans les cas de cancer, car les résultats obtenus jusqu'ici sont peu encourageants.

— M. Schwartz lit une observation intitulée: Goître hypertrophique folliculaire bilatéral, thyroïdectomie, guérison.

Renvoyé à une commission.

— M. Poulet lit une observation de résection d'une exostose de l'humérus.

La Société procède à l'élection d'une commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membres titulaires. Sont nommés:

MM. Richelot, Delens, Monod.

Dr H. Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 février 1883. — Présidence de M. Millard.

Chancre simple du col de l'utérus. — M. Martineau met sous les yeux de la Société un moulage en cire exécuté par M. Jumelin et reproduisant exactement et fidèlement un chancre simple occupant les deux lèvres du col, en se propageant dans la cavité de ce conduit. Voici un résumé succinct de l'observation de la malade sur laquelle le moulage a été pris.

X..., âgée de dix-huit ans, domestique, entrée à l'hôpital de Lourcine, salle Natalis Guillot, numéro 9, le 30 janvier 1883, malade depuis quinze jours environ. A son entrée dans le service, on constate sur le périnée, au-dessous de la vulve, une ulcération à bords saillants, irréguliers, décollés et à fond jaunâtre, purulent; de chaque côté du raphé, il existe une érosion analogue. Tout autour de l'anus, nombreux follicules chancreux (folliculite chancreuse). Sur la face interne des deux grandes lèvres, sur la petite lèvre droite et au niveau de la fourchette, on observe plusieurs petites ulcérations à bords de même saillants et décollés et à fond granuleux jaune et purulent. Adénite inguinale double, douloureuse à droite. Le col utérin présente une ulcération embrassant complètement les deux lèvres du col, à bords saillants, déchiquetés et à fond jaunâtre, rappelant la fusion de plusieurs ulcérations. Sur la paroi du vagin à droite, et près du col, ulcération de même aspect et de même nature (chancre du vagin). Ce chancre est allongé, à bords rouges saillants, décollés. A l'entrée du vagin, à droite, plusieurs petites ulcérations chancreuses analogues. Par le toucher on sent trois ganglions volumineux adhérents autour du col et deux à trois ganglions assez volumineux situés sous la paroi postérieure du vagin.

Outre l'extension considérable prise par cette ulcération chancreuse simple qui reste le plus habituellement localisée à l'une des lèvres du col, M. Martineau insiste sur l'existence de l'adénite péri-utérine qui avait acquis dans ce cas particulier un volume assez considérable. Il a pu constater la présence de trois ganglions adhérents au col, occupant le siège normal des ganglions péri-utérins, et celle de trois ganglions plus petits situés sous la paroi postérieure du vagin. Ils étaient douloureux au point qu'il s'est demandé si la suppuration n'allait pas les envahir et s'il n'allait pas assister à l'évolution ordinaire des adénites chancreuses inguinales avec suppuration et ulcération. Il ajoute immédiatement toutefois que cette évolution de l'adénite chancreuse péri-utérine est exces-

sivement rare, si toutefois même les cliniciens l'ont signalée, ce qu'il ignore, n'ayant pas eu le temps de se livrer à des recherches sur ce sujet. Quant à lui, sur les quatre on cinq cas de chancre simple du col utérin qu'il a observés depuis 1877, il n'a jamais constaté cette terminaison de l'adénite chancreuse. A cela, il y a une raison : c'est la rapidité extraordinaire avec laquelle s'accomplit la guérison pour ainsi dire spontanée du chancre simple du col utérin. En quelques jours (quatre ou huit au plus), la cicatrisation est terminée (M. Gosselin a le premier insisté sur cette terminaison). On comprend dès lors que l'adénite disparaisse en même temps que la cause d'où elle émane.

Ce chancre simple guérissant rapidement, spontanément, M. Martineau n'a pas à s'étendre beaucoup sur la thérapeutique. Il est toutefois un point qu'il croit devoir signaler : c'est l'auto-inoculation de cette lésion sur les parois vaginales, vulvaires et même périanales, alors que le médecin n'y met aucun obstacle. C'est donc pour obvier à cette généralisation, alors que le chancre simple est volumineux, comme dans le cas particulier qu'il vient de rapporter, qu'il faut toucher tous les jours l'ulcération au moyen d'un pinceau de charpie imbibée d'un éthérolé d'iodoforme préparé instantanément, et garnir le vagin d'un tampon de ouate hydrophile. De cette façon on active la cicatrisation du chancre et l'on préserve les parties voisines de l'auto-inoculation.

La variole dans les hôpitaux. — M. Dujardin-Beaumetz appelle l'attention de ses collègues sur des cas intérieurs de variole dans les hôpitaux de Paris. Depuis trois mois, il a vu quatre cas de variole se déclarer dans sa salle des femmes à l'hôpital Saint-Antoine, sur lesquels trois ont été suivis de mort. L'enquête à laquelle il s'est livré à ce propos pour en savoir l'origine lui a appris que les infirmiers et les infirmières du service d'isolement des varioleux circulaient dans les autres services. De là il se croit autorisé à penser que c'est par l'un d'eux que la contagion a été transmise dans sa salle. Aussi réclame-t-il vivement l'isolement absolu du personnel attaché aux varioleux en attendant que l'on ait décidé la construction d'hôpitaux spéciaux hors de Paris et loin de toute habitation.

Statistique. — M. du Castel donne lecture de son rapport trimestriel sur les maladies qui ont régné pendant les trois derniers mois de l'année 1882.

La température moyenne a dépassé la normale de plus d'un degré et demi ; la hauteur des pluies a été beaucoup plus élevée que d'habitude à pareille époque.

La mortalité générale dans les hôpitaux s'est élevée au chiffre de 4,247 décès, dépassant sensiblement la moyenne des dix dernières années, qui est de 3,146. Le fait est dû, en partie du moins, à une augmentation notable de la population hospitalière par l'ouverture de nouveaux services. En effet, le nombre des malades recueillis dans les hôpitaux, qui oscillait entre 16,000 et 17,000 par mois, s'est élevé, pendant le dernier trimestre, entre 20,000 et 21,000.

La pneumonie et la pleurésie semblent avoir été moins fréquentes et moins graves que pendant le dernier trimestre de 1881; par contre, les bronchites et la phthisie pulmonaire donnent des chiffres sensiblement plus élevés dans le mouvement de la mortalité des hôpitaux.

Le nombre des cas de diphthérie a été à peu près le même, mais la mortalité a diminué d'une façon sensible. Il en a été de même en ville.

Les fièvres éruptives, la scarlatine surtout, ont présenté une fréquence et une gravité moindres que dans la période correspondante de 1881.

La fièvre typhoïde, après avoir présenté son maximum d'intensité au mois d'octobre, a subi une rémission marquée pendant les mois de novembre et décembre, diminution du reste prévue et qui rentre dans les lois de l'évolution saisonnière, mais il est impossible de savoir jusqu'à quel point la décroissance continuera à s'accentuer et quand on en reviendra au chiffre des précédentes années, de beaucoup inférieur à celui de 1882. La mortalité des hôpitaux a été de 13 pour 100. Le fait le plus remarquable, et sur lequel M. du Castel insiste tout particulièrement, a été la fréquence des hémorrhagies intestinales pendant les mois d'octobre et de novembre ; celles-ci, en général bénignes, ont cependant entraîné la mort dans un certain nombre de cas. Les perforations intestinales ont été aussi fréquemment observées à la même époque. Il semble donc y avoir eu pendant ce dernier trimestre complication fréquente du côté de l'ulcération des plaques de Peyer.

Ulcération de la langue. — M. Guyot demande l'avis de ses confrères sur la nature d'une vaste ulcération de la langue, indurée à la base et compliquée d'une adénopathie considérable, chez un de ses malades présent à la séance.

MM. Gouguenheim et Martineau se prononcent pour une lésion syphilitique et recommandent : le premier, l'emploi de l'iodure de potassium ; le second, les injections sous-cutanées de peptonate ammonique de mercure.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Varèle.

BIBLIOGRAPHIE

De l'épithélioma primitif de la rate (hypertrophie idiopathique de la rate sans leucémie), par le docteur Ernest Gaucher, in-8 de 31 pages. — Paris, O. Doin, 1882.

Que l'hypertrophie de la rate soit passagère comme dans la fièvre typhoïde et dans les maladies infectieuses, ou qu'elle soit persistante comme dans la cachexie paludéenne, la leucocythémie, la cirrhose hépatique et beaucoup d'affections cardiaques, les auteurs s'accordent à la considérer comme due à une prolifération des éléments de la pulpe splénique. Elle débute par une simple congestion et bientôt s'accompagne « surtout dans les formes indurées, d'un degré variable d'hyperplasie de la trame conjonctive de l'organe. »

Dans tous ces cas, il ne s'agit que d'une hypertrophie secondaire. M. E. Gaucher a eu l'occasion d'observer chez une femme un cas d'hypersplénie idiopathique, et après l'autopsie le microscope lui a démontré que le parenchyme splénique, extrêmement hypertrophié (la rate pesait près de 5 k.), était le siège d'une transformation épithéliomateuse totale. Cependant la femme, morte presque subitement, n'avait présenté « aucun des symptômes habituels de la cachexie cancéreuse. »

M. Gaucher, rapprochant de son observation personnelle trois autres faits rapportés incomplètement en 1862 devant la Société médicale des hopitaux par MM. Colin, Vigla et Moutard-Martin, a cherché à constituer la symptomatologie de cette affection.

Les caractères cliniques seraient les suivants : Une hypertrophie splénique progressive, à marche lente, accompagné de douleurs spontanées assez vives, de phénomènes de compression variés, d'hémorrhagies (épistaxis, purpura et gingivite hémorrhagique), parfois d'ictère, dépendant de l'hypertrophie secondaire du foie, sans leucémie, sans fièvre intermittente, sans ascite, et aboutissant à une cachexie spéciale.

Les caractères anatomiques sont : une rate très volumineuse, régulièrement développée, à surface lisse, à forme et à couleur à peu près normales, dure et sclérosée. M. Gaucher assigne à cette affection les caractères histologiques suivants :

1° Substitution aux éléments propres de la rate de cellules épithéliales volumineuses, irrégulièrement arrondies ou polyé-

driqnes, munies d'un noyau, renfermées entre les travées normales de la trame spléniqne hyperplasiée;

2° Hémorrhagies interstitielles ;

3° Destruction complète des corpuscules de Malpighi ;

4° Disparition partielle des vaisseaux.

M. E. Gancher a publié là nne étude très originale dans sa hièveté.

Des hémorrhagies cutanées liées a des affections dn système nerveux et en particulier du purpura myélopathique, par le docteur Léon Faisans, in-8 de 88 pages. — Paris, A. Coccoz, 1882.

En dehors des hémorrhagies cutanées qui surviennent parfois chez les hystériques sans autre altération nerveuse apparente qu'une simple perturbation fonctionnelle, il en est d'autres qui se produisent sous l'influence d'une lésion matérielle de l'axe cérébro-spinal. C'est à ce *purpura myélopathique* qne M. le docteur Faisans, sous l'inspiration de M. Grancher, a consacré une très intéressante dissertation.

A l'encontre de M. Couty (1876), du docteur Mathelin et du docteur Orion (1877), qui avaient rattaché ces *purpura nerveux* à une irritation du grand sympathiqne, M. Faisans en fait une dépendance d'une affection de la moelle.

Cette forme de purpura serait caractérisée par une éruption généralisée, assez exactement symétrique, quelquefois disposée snr le trajet des nerfs et accompagnée, dans les cas types, de troubles de la sensibilité, d'œdèmes sous-cutanés, d'arthralgies et d'accidents gastro-intestinaux.

Cette affection aurait pour substratum anatomique une altération diffuse et de nature congestive du système postérieur de la moelle ; mais, à l'heure actuelle, il paraît encore difficile de la séparer, d'une part du purpura simplex à forme exanthématique, et d'autre part de la maladie de Werlhof. Pour M. Faisans, le purpura myélopathique engloberait la plus grande partie, sinon la totalité, des cas de purpura rhnmatismal (1).

Paul Fabre (de Commentry).

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — M. Lasègue.

La Faculté de médecine de Paris vient de faire une perte réelle en la personne du professeur Charles-Ernest Lasègue, décédé le 20 mars, dans sa soixante-septième année.

Né le 5 septembre 1816, M. Lasègue avait embrassé la carrière universitaire, et il fit quelque temps en province un cours de philosophie, mais en novembre 1839 il prit sa première inscription à la Faculté de médecine de Paris et en 1844 il soutint sa thèse de doctorat. Il n'était point interne des hôpitaux et échoua dans le concours de l'agrégation de 1847 ; mais, envoyé en mission en Russie en 1848, pour y étudier le choléra, il revint à Paris, fut nommé en 1852 chef de clinique dans le service de Trousseau, à la Charité, et, grâce à l'amitié de son maître, il se présenta de nouveau au concours de l'agrégation en 1853 et fut nommé. Médecin du Bureau central en 1854, il passa successivement à Lourcine, à la Salpêtrière, où il avait été longtemps stagiaire, à Saint-Antoine, et à Necker, où nous l'avons connu en 1860, dirigeant avec beaucoup de sagacité des expériences intéressantes d'hypnotisme snr des sujets hystériques et cataleptiques, dont il nous entretenait encore récemment, et qu'une trop grande réserve l'empêcha toujours de publier.

En 1862, lors de l'établissement des cours complémentaires, il fit avec nn succès, qui n'est point oublié encore, celui des maladies mentales et dn système nerveux, et après avoir suppléé Andral dans la chaire de pathologie et de thérapeutique générales, il le remplaça officiellement en 1867. Il fut nommé professeur de clinique en décembre 1869. En 1876, et non en 1875, comme l'indiquent plusieurs journaux, il était élu membre de l'Académie de médecine. Ses études sur l'aliénation mentale l'avaient désigné au choix de l'administration, pour l'emploi important de médecin en chef du dépôt et d'expert près les tribunaux.

Lasègue, doué d'une grande facilité de travail, d'une élocution remarquable et d'une grande franchise, s'est occupé avec soin de l'enseignement à donner aux élèves. C'était un causeur spirituel, et qui s'est trouvé en relation avec lui ne saurait oublier son aménité, et son appréciation, sévère quelquefois, mais toujours originale, des hommes et des choses de son temps. Un jour qu'il venait de visiter Claude Bernard, alors moribond, Lasègue blâmait avec énergie l'indifférence du savant pour la thérapeutique, et l'on disait, tout à l'heure, que lui aussi, était mort quelque peu sceptique. Et cependant, il y a deux mois à peine, sur l'impériale d'un omnibus, où nous nous rencontrions chaque mardi, il s'élevait avec feu contre l'insuffisance de la presse médicale actuelle ; il aurait rêvé, disait-il, s'il eût été plus jeune, un journal analogue au British Médical, à la Lancet, au Médical Times, rempli de faits nombreux, choisis, de la pratique privée, comme de la clinique hospitalière, avec un traitement bien indiqué, rédigé au jour le jour.

M. Lasègue a longtemps dirigé les Archives de médecine ; de ses travaux, il faut citer sa thèse d'agrégation sur la paralysie générale, son traité des angines, un grand nombre d'articles sur les maladies nerveuses et mentales, des notices fort bien écrites sur Trousseau, Louis, Morel, Brigbt, Bretonneau, Graves, etc.

Ses obsèques ont lieu au moment où nous écrivons ces lignes.

A. Dureau.

***

— Un élève externe des hopitaux de Nantes, M. Morlet, vient de succomber, nouvelle victime du devoir professionnel, aux suites d'un érysipèle de la face contracté dans l'exercice de ses fonctions.

***

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le 2 avril 1883, à trois heures de l'après-midi, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Les conférences pratiques auront lieu à la Morgue les lundis, mercredis et vendredis suivants, à deux heures.

— M. le professeur Guyon commencera le cours de pathologie chirurgicale le 2 avril 1883, à quatre heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure

— M. le docteur Humbert, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe (2e semestre), le 3 avril 1883, à quatre heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Charpentier, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'accouchements le 3 avril 1883, à trois heures et demie du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Peter commencera le cours de pathologie médicale le mardi 3 avril 1883, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

(1) On pourra comparer avec ces formes de purpuras le cas de *purpura hemorrhagica suivi de mort*, dont M. le docteur Rougon a communiqué la curieuse observation, le 27 janvier dernier, à la Société de médecine de Paris. (V. Union médicale.)

— M. le docteur Pinard, agrégé, commencera le cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes le mardi 3 avril 1883, à onze heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. Bocquillon, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'histoire naturelle le jeudi 5 avril 1883, à une heure, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Joffroy, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'anatomie pathologique le lundi 9 avril 1883, à deux heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Hallopeau, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne le 2 avril 1883, à cinq heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. Béclard, professeur de physiologie, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, par M. le docteur Rémy, agrégé.

***

Assistance publique de Paris. — Par arrêté ministériel en date du 20 février 1883, M. Monod, chirurgien du Bureau central, a été nommé chirurgien de l'hospice des incurables.

***

Concours du bureau central. — Un concours public pour la nomination à deux places de médecins du bureau central s'ouvrira le 30 avril prochain, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à 3 heures, et y déposer leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le 29 mars 1883 et sera clos définitivement le 14 avril 1883, à 3 heures.

Hôpitaux de Lyon. — A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Chappet vient d'être nommé médecin des hôpitaux de Lyon.

***

Missions scientifiques. — M. H. Bouley, inspecteur général des écoles vétérinaires de France, est délégué au quatrième congrès international de médecine vétérinaire, qui s'ouvrira à Bruxelles au mois de septembre prochain.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 9 mars au jeudi 15 mars 1883

Fièvre typhoïde 30. — Variole 13. — Rougeole 18. — Scarlatine 2. — Coqueluche 13. — Diphthérie, croup 38. — Dysenterie 1. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 48. — Phthisie pulmonaire 238. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 61. — Malformation et débilité des âges extrêmes 87. — Bronchite aiguë 53. — Pneumonie 91. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 35, — au sein et mixte 33. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 120. — de l'appareil circulatoire 71. — de l'appareil respiratoire 102. — de l'appareil digestif 53 — de l'appareil génito-urinaire 20. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 2. — infectieuses 2. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1209 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

54e année. 6e série. Tome V. N° 13 31 MARS 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE** ;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN** ;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 29 mars 1883.

PROPOSITION DE LOI RELATIVE A LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE ET AUX MOYENS D'Y REMÉDIER.

Quelques députés, au nombre desquels les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE ne seront pas surpris de voir figurer notre collaborateur M. Vacher, ont déposé tout récemment (séance du 13 mars dernier) sur le bureau de la Chambre une proposition de loi sur la dépopulation de la France et les moyens d'y remédier (1). Nous en donnons le texte ; mais auparavant on nous permettra de relever quelques-unes des sages considérations que les présentateurs de ce projet ont fait valoir dans l'exposé des motifs.

Et d'abord le fait de la dépopulation de notre pays n'est plus à démontrer : il suffit de comparer entre eux les derniers recensements pour voir que l'accroissement de la population va toujours en diminuant et que, par conséquent, pour qu'il soit remplacé par un mouvement en sens inverse, ce n'est plus qu'une affaire de temps.

Or, à côté de nous la population des nations voisines, entre autres de l'Angleterre et de l'Allemagne, va sans cesse en croissant, et il ne faut pas oublier que, dans les luttes internationales, le nombre est appelé à jouer un rôle considérable.

Les auteurs du projet, rappelant le mot de J.-J. Rousseau « qu'il n'y a pas pour un pays de pire disette que celle des hommes, » ajoutent, en développant la même pensée : « Il ne nous servirait de rien d'être devenus, par notre travail et l'esprit d'épargne de nos populations, une des nations les plus riches du monde si, par notre faiblesse numérique, le capital national que nous avons reconstitué sur notre sol était exposé à devenir la proie de voisins plus nombreux ou plus entreprenants. »

Quel est donc la cause, ou plutôt quelles sont les causes de cet état de choses, si compromettant pour l'avenir de notre pays ?

(1) Les signataires de cette proposition sont MM. Vacher, Jean David (Gers), Levet, Audiffred.

La France fournit un contingent très faible à l'émigration. Tandis, en effet, qu'on compte annuellement 232,000 émigrants en Angleterre et 250,000 en Allemagne, on n'en relève que 6,000 en France. Ce n'est donc pas l'émigration qui fait baisser le chiffre de notre population.

L'immigration exerce-t-elle une influence plus considérable pour atténuer le mal dont il s'agit ? Sans apporter de chiffres, les auteurs du projet ne le pensent pas, et ils concluent, en définitive, non sans raison suivant nous, que ce qui marque essentiellement le mouvement de la population en France, c'est le rapport du chiffre des naissances à celui des décès, ou, en d'autres termes, de la natalité à la mortalité. Or, c'est ce rapport qui baisse, et, comme la vie moyenne a notablement augmenté depuis un siècle, ce qui implique une diminution relative de la mortalité, on voit que la source principale du mal réside dans l'affaiblissement de la natalité.

Et, en effet, le chiffre des naissances va toujours en décroissant : il était de 38 par 1000 individus il y a un siècle ; en 1870, il était de 31 pour 1000 ; aujourd'hui, il n'est plus que 25 pour 1000 ; avec une population accrue d'un tiers, il naît moins d'enfants qu'il y a un siècle. En Angleterre et en Allemagne, le chiffre de la natalité s'est maintenue, au contraire, au taux qu'il présentait autrefois chez nous.

Les causes de cette diminution de la natalité sont multiples ; elles sont avant tout d'ordre économique ou social. Les auteurs du projet relèvent plus particulièrement le célibat militaire et religieux, les unions illégales, le morcellement de la propriété.

Le service militaire, en retardant l'époque du mariage, en diminue la fécondité. Sous ce rapport, la réduction du service à trois ans, proposée par la commission de l'armée, présentera de sérieux avantages.

Le célibat religieux devait, sans doute, exercer autrefois une plus grande influence. Cependant, il n'existerait pas encore aujourd'hui en France moins de deux cent mille personnes des deux sexes appartenant au clergé séculier ou régulier. Au point de vue qui nous occupe la loi civile ne saurait favoriser les vœux religieux.

En dehors des militaires, du clergé et des congrégations religieuses on rencontre bon nombre d'individus qui n'ont du célibat que les apparences, un ménage irrégulier remplaçant pour eux le foyer domestique légal. Le nombre de ces ménages est en croissance dans les grandes villes, et ils contribuent doublement au déficit de la population, d'abord en diminuant le chiffre des naissances, ensuite par la mortalité plus grande des enfants illégitimes qui en sont les produits.

Mais la fécondité des mariages réguliers n'est pas moins inférieure, elle aussi, à ce qu'elle était autrefois et, lorsqu'on en étudie la cause, sans parti pris, on la trouve dans le morcellement de la propriété. On constate, en effet, en relevant, d'un côté le nombre moyen des cotes foncières par mille habitants, de l'autre le chiffre des naissances, que celui-ci est d'autant

plns faible que les cotes foncières sont plus nombreuses, c'est-à-dire qne la propriété est plus morcelée.

Ce morcellement de la propriété a lui-même une double origine. S'il traduit la tendance d'un grand nombre d'individus à économiser le fruit de leur travail et à acquérir, il est aussi la conséquence de la législation qui a aboli le droit d'aînesse et répartit également entre tous les enfants le patrimoine paternel. Le chef de famille, qui est dans l'aisance, entrevoit la misère pour chacun de ses enfants, s'ils sont trop nombreux, et il met en pratique la doctrine de Malthus. « Comme la loi, disent les auteurs du projet en question, ne permet plus de faire des cadets, on tourne la loi en supprimant les cadets. »

Tout le monde a pu faire, comme nous, la remarque que dans les centres industriels, où l'ouvrier, vivant au jour le jour, n'a rien à léguer à ses enfants, où, pour les élever, il compte non seulement sur son travail, mais sur l'assistance qu'il trouve dans les associations mutuelles, dans le concours de la compagnie qui l'emploie, dans les institutions publiques de bienfaisance, etc., les enfants pullulent. Il en est de même parmi la population agricole, quand le cultivateur ne vit que du travail de ses bras : pour lui, une nombreuse famille est plutôt une source de fortune que de pauvreté, car plus il dispose d'aides vigoureux, sans avoir à les payer, plus grande est la ferme dont il peut entreprendre l'exploitation. Mais le rentier, le propriétaire, ne saurait avoir l'insouciance de l'ouvrier ni faire le calcul du cultivateur. S'il veut que ses enfants ne déchoient pas du rang qu'il occupe lui-même, il est conduit à en limiter le nombre.

Les principes égalitaires sont trop profondément enracinés chez nous pour qu'on puisse songer à revenir à l'ancienne législation. D'autre part le célibat religieux et le pseudo-célibat des individus qui ont un ménage irrégulier sont plus difficiles à atteindre par la loi qu'à réformer par les mœurs. On ne peut donc exercer qu'une action fort restreinte sur les principales causes de la diminution de la natalité. C'est une raison pour agir d'autant plus puissamment sur les causes de la mortalité ; les auteurs du projet de loi l'ont ainsi compris.

La vie moyenne, avons-nous dit plus haut, a notablement augmenté. Elle était de 27 ans avant la révolution ; elle est aujourd'hui de 42 ans. C'est cet accroissement de la vie moyenne qui a plus que contre-balancé la diminution de la natalité et rend compte du mouvement encore ascensionnel de notre population. L'un des premiers éléments de cet accroissement a été la généralisation de la découverte de Jenner. Puis sont venues les améliorations de l'hygiène privée et publique. On peut aller plus loin dans cette voie, et, ce qui s'impose avant tout, c'est nne application rigoureuse de la loi Roussel. La mortalité infantile croît, dans les centres industriels, en raison directe des difficultés que rencontrent les mères à allaiter leurs enfants. Les chiffres suivants sont démonstratifs : dans les établissements de Mulhouse, dirigés par M. Dollfus, on a pris des mesures pour que les mères pussent allaiter lenrs enfants pendant les six premières semaines, durée qui a été ensuite portée à trois mois. La mortalité, chez les enfants allaités pendant trois mois, a été de 15 p. 100; elle s'est élevée à 55 p. 100 chez les enfants allaités pendant six semaines ; elle a enfin atteint le chiffre de 71 p. 100 chez les enfants absolument privés du sein. De pareils chiffres se passent de commentaires.

Les questions précédentes sont depuis longtemps l'objet des méditations des économistes, des hygiénistes, de tous ceux qui, à un titre quelconque, se préoccupent du bien-être présent et de l'avenir de notre population française. Le lecteur trouvera, dans les années antérieures de la GAZETTE MÉDICALE, maints articles où, sous la plume de M. Vacher, de M. J. Arnould et d'autres collaborateurs, sans compter la nôtre, elles ont été sérieusement étudiées. Il importait de passer de leur examen à une conclusion pratique et de donner à cette solution la sanction législative. On ne peut donc qu'applaudir à l'initiative des auteurs du projet de loi qu'il nous reste à reproduire.

PROPOSITION DE LOI

« Article 1er. — Les droits d'enregistrement, pour transmissions à titre gratuit ou onéreux et pour mutations par décès des valeurs tant immobilières que mobilières, sont portés du simple au double pour les célibataires.

« Art. 2. — Tout père de famille de six enfants vivants, non prêtres, religieux ou religieuses, peut en désigner un qui sera élevé dans un établissement d'instruction publique aux frais de l'Etat. Les enfants décédés pendant la durée du service militaire ou en remplissant des fonctions publiques seront comptés comme vivants.

« Art. 3. — La loi civile ne reconnait pas les vœux perpétuels des ordres monastiques, ni les engagements pris par les ecclésiastiques séculiers de vivre dans le célibat ; en conséquence, il est interdit à tous évêques, archevêques, directeurs, supérieurs ou supérieures d'établissements congréganistes des deux sexes de porter empêchement au mariage des personnes des deux sexes vivant sous leur juridiction spirituelle.

« Art. 4. — Dans toute fabrique ou manufacture employant des femmes, il devra être disposé, au voisinage du lieu où elles travaillent, une salle destinée à recevoir les enfants en nourrice des ouvrières-mères.

« Art. 5. — Les communes seront tenues de fournir l'assistance aux filles-mères abandonnées qui voudront élever leurs enfants.

« Art. 6. — Le dernier paragraphe de l'art. 17 de la loi du 27 juillet 1872 sur le recrutement de l'armée, est ainsi modifié :

« Les dispenses énoncées au présent article sont applicables aux enfants naturels aussi bien qu'aux enfants légitimes. »

« Art. 7. — La vaccination est obligatoire pour tous les nouveau-nés dans le premier mois de la naissance.

« Art. 8. — Des médailles d'honneur seront mises chaque année par le ministre de l'intérieur à la disposition des Comices agricoles, des Sociétés d'agriculture et des Sociétés de secours mutuels, pour être distribuées aux cultivateurs, aux ouvriers et autres citoyens, qui élèveront les familles les plus nombreuses.

« Art. 9. — Il est institué auprès du ministère de l'intérieur une direction de l'hygiène et de la santé publique, à laquelle ressortissent les conseils d'hygiène et de salubrité publique, la tutelle et surveillance des enfants assistés, placés en nourrice ou moralement abandonnés. Cette direction recueillera les documents relatifs à la mortalité et aux maladies régnantes en chaque département et adressera chaque année aux Chambres un rapport sur la situation sanitaire du pays. »

Nous reviendrons sur ce projet de loi quand il sera discuté devant le Parlement ; nous n'avons voulu aujourd'hui que le signaler et rappeler les principales raisons qui en démontrent l'opportunité.

— A l'Académie de médecine, le débat sur la fièvre typhoïde s'est étendn, et c'est la doctrine parasitaire des maladies infectieuses qui est désormais en discussion. M. Peter a voulu affranchir la médecine clinique de l'asservissement dont la menaçaient les sciences expérimentales. Il n'a pas paru déplaire au plus grand nombre que la lutte fût ainsi franchement

engagée. Il y a longtemps que nous combattons nous-même pour les idées défendues avec talent et conviction par M. Peter. Nous attendrons, pour reprendre la plume, que, de part et d'autre, on ait fourni de nouveaux éléments au débat.

Dr F. DE RANSE.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTES CLINIQUES SUR QUELQUES INTOXICATIONS ET MALADIES CHRONIQUES OBSERVÉES DANS LE SERVICE DE M. LANCEREAUX, A L'HOPITAL DE LA PITIÉ, par M. OCTAVE GUELLIOT, interne du service.

Suite. — Voir le numéro 4.

3. SYPHILIS.

Un grand nombre de malades sont venus se faire traiter d'accidents syphilitiques. Quelques-uns ont présenté l'accident primitif, chancre huntérien ou érosion chancreuse de Bassereau. Au mois de septembre, deux femmes sont entrées en même temps : l'une avec érosion chancreuse de l'anus, rectite, vaginite et roséole ; l'autre avec une ulcération siégeant également à l'anus, unique, et à diagnostic difficile. On s'arrêta à l'idée d'un chancre simple, et la malade quitta l'hôpital trois mois après, sans avoir eu de symptômes de syphilis.

Beaucoup plus de femmes (29) que d'hommes (10) avaient des accidents secondaires : roséole, plaques muqueuses et cutanées, céphalalgie, et plusieurs ont eu une *fièvre syphilitique* bien nette. Une femme, qui était dans le service depuis le mois de juin 1880, est morte le 21 juillet 1881 de tuberculose ; elle était affectée d'une *onyxis secondaire* remarquable par sa généralisation et ses récidives.

22. Ton... 25 ans, entrée le 26 juin 1880, salle Sainte-Geneviève, no 36. Hystérie, hypertrophie du corps thyroïde consécutive à une grossesse ; roséole syphilitique ; céphalalgie nocturne rebelle ; vomissements et diarrhée. Deux cuillerées de sirop de Gibert chaque jour. Quelque temps après, poussée de taches papuleuses à collerette cuivrée, principalement autour des articulations ; en plus de cette éruption, il existe à la racine des cheveux, sur le front, les sourcils, dans les sillons naso-labiaux, des croûtes noirâtres et jaunâtres, fendillées ; sur le cou et les épaules, on constate l'existence de taches rougeâtres à collerette blanche squameuse. Pilules de Sédillot.

A la fin de novembre, on voit apparaître autour des ongles une zone jaunâtre constituée par des croutes qui, sous l'influence de la pression laissent échapper un liquide saineux et purulent et les ongles se déchaussent peu à peu. L'onyxis envahit tous les doigts des mains et des pieds. En janvier 1881, les ongles, épaissis et déformés, tombent successivement, en laissant l'extrémité des doigts rouge, mais peu sensible.

20 janvier. Périostite de la malléole interne droite.

27 fév ier. Nouvelle poussée d'onyxis. Les extrémités des doigts et des orteils deviennent douloureuses : l'épiderme se désquame ; les ongles nouveaux s'hypertrophient ; ils deviennent bosselés, rugueux, exubérants, et se creusent de fentes longitudinales ; la matrice onguéale est le siège d'un léger suintement.

7 mars. Chute de trois ongles de la main gauche ; au-dessous, il existe des ongles rudimentaires.

Malgré le traitement (frictions mercurielles, puis iodure de potassium), l'onyxis ne s'arrête pas. La diarrhée et les vomissements persisteut. Ils deviennent plus abondants le 15 juillet, et le 20 surviennent des symptômes cholériques : cyanose des extrémités, crampes dans les mollets, peau flasque, enfoncement des yeux, selles verdâtres très abondantes. Mort à dix heures du soir. T. M. 36o,4 ; T. S. 41o.

Outre les lésions onguéales, il existe à l'autopsie des granulations tuberculeuses et une exsudation trouble des méninges, une stéatose du foie et une infiltration tuberculeuse au sommet des poumons, ajoutons encore l'existence dans l'estomac d'une muqueuse pigmentée et vascularisée, et une atrophie de presque tous les organes.

Chez cette malade, les symptômes secondaires ont eu une ténacité inaccoutumée ; l'onyxis, en particulier, a résisté à tous les traitements. Elle a occupé tous les ongles et a procédé par poussées successives, de sorte que quelques ongles sont tombés plusieurs fois. Le suintement au niveau de la matrice a été très peu abondant, la douleur et la rougeur n'ont été constatées qu'au moment des poussées : c'est donc une forme d'*alopécie unguéale* intermédiaire aux formes sèche et inflammatoire des auteurs.

Les *accidents tertiaires* ont été assez nombreux ; ce sont des gommes du tissu cellulaire sous-cutané, du pharynx, des perforations du voile du palais, des ulcérations des membres inférieurs, un testicule syphilitique. Par une coïncidence comme on en voit quelquefois en clinique, un nombre relativement considérable de syphilitiques ayant des accidents cérébraux sont passés sous nos yeux en quelque temps, et quatre fois l'autopsie est venue montrer des lésions intéressantes, confirmatives du diagnostic porté pendant la vie. Nous en donnons ci-dessous l'indication.

23. G..., 41 ans (salle Piorry, no 5). Chancre en 1866. Admis à l'hôpital le 20 juillet 1881. Aphonie, toux : tuberculose pulmonaire ? ; puis, ascite, dilatations veineuses : cirrhose alcoolique ? En août, exostose frontale qui met sur la voie du diagnostic : tous les accidents sont dès lors rapportés à la syphilis. 6 novembre, délire, incontinence fécale, puis somnolence, abrutissement, céphalée intense ; ni paralysies ni contractures. Mort le 27.

Autopsie : *Gommes de la dure-mère* à la partie antérieure des deux lobes frontaux ; *artérite et thrombose de la cérébrale antérieure*. Rétrécissement syphilitique du larynx et des bronches ; sclérose du tissu pulmonaire. Cirrhose syphilitique du foie. Orchite scléreuse.

24. B..., Clémence, 30 ans (salle Lorain, 24). Apportée le 16 février dans un semi-coma ; cicatrices gaufrées des jambes datant de quinze ans. Albumine dans les urines ; rétinite exsudative et hémorrhagique. Mort le 20 février. Autopsie : *Anévrysme du volume d'une noisette sur la sylvienne droite*, la rupture de cet anévrysme avait donné lieu à une hémorrhagie méningée.

25. T... (Marie), 45 ans (salle Lorain, 26). Syphilis contractée il y a 13 ans. En 1871, céphalée persistante ; en 1877, iritis. Depuis quelque temps, céphalée, étourdissements, absences. 29 mars 1881, parésie du côté gauche. Entrée à l'hôpital le 1er avril : hémiplégie gauche, strabisme externe droit ; paralysie du pharynx ; puis somnolence, dilatation de la pupille droite ; pas de vomissements. Décès le 13 avril. Autopsie : *Epaississement et oblitération (par endartérite) de la carotide interne droite* avant sa bifurcation en sylvienne et cérébrale antérieure. Ramollissement non diffluent des circonvolutions de l'insula, du pied de la troisième frontale et du lobe pariétal du côté droit

26. D... (Elisa), 41 ans (salle Lorain, 25). Syphilis en 1871. Depuis 6 mois, paralysie double de la 3e paire ; céphalée, vomissements. Perforation de la voûte palatine et de la cloison du nez ; éruption tertiaire de la face. Hyperesthésie généralisée ; absence de paralysie, coma. Entrée le 16 décembre ; morte le 22. *Tuméfaction des deux nerfs oculaires communs* à leur origine ; à ce niveau et sur le chiasma des nerfs optiques, épaississement rouge de la pie-mère. *Ramollissement de la partie postérieure et interne des premières frontales* (droite et gauche). Gommes cicatrisées du foie.

A côté de ces quatre faits, en voici un autre où, malgré

l'absence de renseignements précis, l'origine syphilitique de la lésion est rendue probable par sa ressemblance avec celles que nous venons de signaler.

27. S... (Marie), 36 ans (salle Lorain, 30). Entrée le 18 mai; morte le 24. Deux grossesses terminées, l'une au 8e, l'autre au 6e mois; saillie doulonreuse au niveau de la crête du tibia. 5 mai, céphalée et délire; 18, roideur du con, paralysie incomplète du moteur oculaire commun droit; pas d'hémiplégie; 23, secousses convulsives occupant surtout le bras gauche, puis coma, déviation des yeux à droite; paralysie du bras gauche, contracture du bras droit. Autopsie: Hémorrhagie méningée provenant de la rupture d'un *anévrysme de la cérébrale postérieure droite* qui comprimait le nerf de la 3e paire; autre anévrysme sur une branche secondaire de la cérébrale postérieure et dilatation fusiforme du tronc basilaire.

Ainsi, quatre fois, il existe une lésion des artères de l'encéphale et le microscope permet de constater dans tous les cas la même altération circonscrite, à savoir: amincissement de la tunique moyenne, péri et endartérite, celle-ci pouvant aller jusqu'à l'oblitération du vaisseau, tandis que, ailleurs, la tunique moyenne ne résistant plus, il se forme une dilatation anévrysmatique par distension des tuniques artérielles. Selon la nature du désordre consécutif, la mort est le fait de la nécrose du département cérébral irrigué par l'artère malade, ou le terme fatal est précipité par la rupture de l'anévrysme et la production d'une hémorrhagie méningée.

M. Lancereaux repousse tout traitement *systématique* de la syphilis. Il pense que, à l'accident primitif, il ne faut qu'un traitement local et que l'on ne doit pas traiter avant l'apparition des accidents secondaires une maladie dont l'évolution peut s'arrêter spontanément et qui ne sera pas entravée en tout cas par les nombreuses préparations mercurielles qu'on fait avaler aux patients. Aux accidents secondaires, il n'oppose, s'ils sont bénins, qu'un traitement symptomatique: c'est ainsi que les plaques muqueuses sont cautérisées, pansées au chloral. Plusieurs fois nous avons vu répéter cette expérience: deux individus, dans les mêmes conditions de santé, ont des plaques muqueuses sur le voile du palais et les amygdales. A l'un on donne simplement du chlorate de potasse et on fait des cautérisations au nitrate d'argent; à l'autre, on donne en plus un traitement anti syphilitique. Le premier guérit en même temps que l'autre et même avant lui.

Il est bien entendu qu'un traitement énergique devra être institué dès l'instant où il survient des accidents sérieux, et surtout une céphalée opiniâtre. M. Lancereaux pense qu'en agissant ainsi on a l'avantage de ne pas affaiblir inutilement le malade par l'ingestion de doses souvent énormes de mercure ou d'iodure de potassium; de plus, on ne produit pas l'accoutumance, et on peut, à un moment donné, opposer aux accidents tertiaires un traitement d'autant plus efficace que l'économie y sera moins habituée.

(A suivre).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Affections chirurgicales

LUXATION DE LA CINQUIÈME VERTÈBRE CERVICALE. — GUÉRISON, par le docteur CESLY.

Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une chute d'une hauteur de 20 ou 30 pieds, fut relevé sans connaissance et transporté à l'hôpital. Lorsqu'il y arriva, il était presque complètement insensible, avec une paralysie absolue des quatre membres: les pupilles, égales d'ailleurs, étaient légèrement dilatées. Au bout d'un certain temps, le blessé reprit en partie ses sens et se plaignit d'une vive douleur au niveau de la partie postérieure du cou, en même temps que d'un engourdissement des bras et des pieds et de gêne respiratoire. On prescrivit le repos absolu, et, pendant une heure et demie, il n'y eut pas de nouveau phénomène tant soit peu alarmant. Au bout de cet espace de temps, l'état s'étant subitement aggravé, le chirurgien de garde, M. Van Buren, examina de nouveau le patient avec le plus grand soin. Il s'aperçut alors de l'existence d'une saillie anormale de l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale. Faisant tenir la tête dans une position fixe par une infirmière, il appliqua ses deux pouces de chaque côté de cette saillie. Puis, saisissant fermement le con avec les autres doigts, il exerça une pression douce et graduelle, pendant que l'infirmière soulevait légèrement la tête. La réduction se fit avec un claquement perceptible, et la saillie disparut. Immédiatement le malade reprenait connaissance. Deux heures plus tard, il remuait bras et jambes. Il n'y eut pas de fièvre, et la guérison fut extrêmement rapide. (THE LANCET, octobre 1882.)

SUR UN CAS DE CHOLECYSTOTOMIE, par le docteur LAWSON TAIT.

Une dame de vingt-huit ans souffrait depuis plusieurs années de douleurs paroxytiques dans le côté droit. En ce point existait une tumeur que plusieurs médecins avaient prise pour un rein flottant calculeux. M. Lawson Tait rejette ce diagnostic pour s'arrêter à celui de lithiase biliaire avec distension de la vésicule par des calculs. Tous les autres moyens ayant échoué, il proposa l'opération, qui fut finalement acceptée.

Après avoir ouvert le ventre par une incision verticale pratiquee au niveau de la tumeur, il fit une ponction aspiratrice dans la vésicule biliaire et en retira environ une pinte d'un liquide muqueux et glaireux. Il ouvrit ensuite cette vésicule et en fit sortir environ 80 petits calculs, dont le plus gros pesait 75 centigrammes. La plaie fut pansée par la méthode de Lister; il n'y eut pas de fièvre, et la malade guérit, mais en conservant une fistule biliaire. (THE BRITISH MED. JOURNAL, nov. 1882.)

NÉPHROTOMIE ET NÉPHRECTOMIE, par le docteur ELDER.

Une femme de trente-six ans était atteinte d'une grosse tumeur fluctuante de l'abdomen, laquelle s'étendait en arrière vers la région spinale; l'examen de la poitrine révélait en outre l'existence de lésions tuberculeuses. Les urines étaient rares, ammoniacales, mucoso-purulentes et riches en phosphates. M. Elder diagnostiqua un abcès volumineux du rein, qu'il ouvrit par l'incision lombaire ordinaire. Il s'écoula une grande quantité de pus et de sang. Au bout de quelque temps, voyant que l'état général ne s'améliorait pas, le chirurgien se décida à pratiquer la néphrectomie. Dans ce but, il agrandit l'incision qu'il avait déjà faite, et y ajouta une autre incision en croix. Les vaisseaux de l'uretère furent liés en masse; mais, en raison de la friabilité des tissus, il fallut faire deux autres ligatures. L'opération s'acheva très régulièrement. En dehors du choc opératoire, qui fut très intense, il n'y eut pas d'accident. Grâce à l'alcool, au thé de bœuf et aux toniques en général, la malade se rétablit et put quitter l'hopital dans un état satisfaisant. (THE LANCET, sept. 1882.)

Dr GASTON DECAISNE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 mars 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — RÔLE DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES DANS LA PRODUCTION DE CERTAINS PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES. — Note de M. ALPH. GUÉRIN.

Si, dit l'auteur, par une seringue dont on introduit le tube dans l'artère pulmonaire, on pousse une injection d'eau ou d'un liquide albumineux, au bout de quelques secondes, ce liquide entre dans les vaisseaux lymphatiques et les distend au point de les rendre saillants sous la plèvre. On peut donc affirmer que les capillaires artériels s'anastomosent avec les capillaires lymphatiques.

Après avoir répondu à quelques objections qui pourraient lui être opposées, l'auteur ajoute : Cette communication ne m'intéresse pas, d'ailleurs, comme un simple fait anatomique ; elle a surtout de l'intérêt, parce qu'elle nous permet de comprendre certains phénomènes pathologiques. S'il faut, en effet, si peu de chose pour que les vaisseaux lymphatiques soient envahis par des éléments qu'ils ne sont pas destinés à contenir, il n'est plus difficile de comprendre l'*inflammation*. Le type de l'inflammation n'est-il pas le phlegmon ? Or, les chirurgiens sont, je crois, unanimes pour admettre que cette maladie se produit et se propage dans les vaisseaux lymphatiques du tissu conjonctif.

Si les vaisseaux lymphatiques donnent accès à des éléments du sang, ne nous sera-t-il pas plus facile de comprendre la suppuration par des globules qui forcent si facilement le passage, qu'en admettant avec Conheim le filtrage des globules blancs du sang à travers les parois des vaisseaux sanguins, ce qu'il a appelé *diapédèse* ?

Mes études sur la communication des artères avec les lymphatiques me portent à admettre que c'est l'envahissement du territoire des lymphatiques par les globules du sang qui constitue le phénomène primordial de la suppuration.

Avant de terminer cette note, je demande la permission de noter un fait qui a son importance au point de vue de la médecine : j'ai attiré l'attention sur le nombre prodigieux des réseaux lymphatiques qui recouvrent la surface extérieure des poumons ; eh bien, lorsque la plèvre s'enflamme, les lymphatiques ne tardent pas à s'oblitérer. C'est par les réseaux que le phénomène commence, et c'est en vain que, sur le poumon du cadavre d'un individu mort dans le cours d'une pleurésie récente, on cherche à les injecter. Plus tard, l'oblitération gagne les vaisseaux d'un volume plus considérable ; or, s'il n'est pas prouvé que le liquide qui s'épanche dans la pleurésie provienne des lymphatiques (je suis même porté à croire qu'il s'épanche parce qu'il ne trouve pas de passage à travers les vaisseaux), on ne peut se refuser à penser, en les voyant couvrir si complètement la surface pleurale des poumons, que c'est par eux que se fait l'absorption du liquide épanché, soit que l'on admette les pores ouverts dont l'existence n'est pas démontrée, soit que, avec un éminent physiologiste, on regarde cette opération comme étant un phénomène osmotique.

Si les vaisseaux lymphatiques sont les agents de l'absorption des liquides épanchés dans la plèvre, il est facile de comprendre que cette résorption ne pourra se produire tant que l'obstruction des vaisseaux persistera. C'est, sans doute, pour cela que l'on voit des épanchements pleurétiques durer indéfiniment, sans être modifiés par les traitements les plus énergiques, puis disparaître en quelques jours, parce que les voies d'absorption sont devenues perméables.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DU CAFÉ. Note de M. J.-A. FORT, présentée par M. Larrey. (Extrait).

Conclusions : Le café n'est pas un aliment d'épargne, et l'auteur ne connaît pas une seule expérience qui permette d'admettre une telle opinion.

D'autre part, si le café augmente les dépenses de l'organisme, il ne faut pas oublier que cette augmentation de dépenses se fait par l'intermédiaire du système nerveux : son action immédiate, c'est d'*exciter le système nerveux central*.

Le café n'étant ni un aliment d'épargne ni un aliment de dépense, rien n'autorise à dire qu'il fasse consommer une plus ou moins grande quantité de nourriture azotée. En expliquant l'action du café par l'excitation qu'il produit sur le système nerveux, aucun point ne reste obscur dans le mécanisme de l'impulsion donnée par le café aux diverses fonctions organiques.

En thérapeutique, le café doit être classé parmi les agents *excitateurs réflexes*, et non parmi les agents modificateurs de la nutrition.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars 1883. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance comprend : 1o une lettre de remerciements de M. Husson, récemment élu membre correspondant ; 2o un extrait du testament de M. Cloquet par lequel il lègue à l'Académie son buste en bronze ; 3o une note sur la mortalité infantile à Corbeil, par M. le docteur Surbled ; 4o une lettre invitant l'Académie à se faire représenter à l'inauguration du monument qui doit être élevé à Bufalini, dans sa ville natale, à Cesena.

— M. FILHOL donne lecture d'une analyse de l'eau minérale et des boues de Dax (établissement des Baignots).

— M. MOTET donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Des délires instantanés, transitoires, consécutifs à des crises épileptiques, au point de vue médico-légal.*

A côté de l'épilepsie, ayant avec elle d'étroites affinités, dit M. Motet, existe un groupe nombreux de troubles cérébraux à forme vertigineuse ou convulsive, qui sont à la maladie type ce que les accidents rhumatoïdes sont au rhumatisme proprement dit. Longtemps confondus avec l'épilepsie, les troubles cérébraux dont il s'agit tendent à en être séparés aujourd'hui, grâce à la sévérité plus grande des observations et surtout aux études si remarquables sur ce sujet de M. le professeur Lasègue.

Parmi les variétés de ces troubles vertigineux, la plus importante, au point de vue médico-légal, c'est l'épilepsie traumatique, qu'elle soit ou non sous la dépendance d'une déformation de la paroi crânienne. Le jour où, par le fait d'une violence extérieure, l'équilibre des fonctions cérébrales a été rompu, le blessé est devenu un malade d'un genre tout spécial « un cérébral ». Ce ne sont pas là des aliénés au sens propre du mot, ce sont des malades d'une espèce particulière, chez lesquels l'observation de tous les jours révèle d'abord des bizarreries, des singularités, et qui, à un moment, trahiront, par un fait énorme, monstrueux, le désarroi profond dans lequel se trouve leur intelligence.

La communication de M. Motet a pour objet la relation de deux faits de ce genre dans lesquels des actions délictueuses ou même criminelles ont été commises inconsciemment sous l'influence de ces accès de délire passagers.

M. Motet termine sa communication en faisant remarquer que les deux observations qu'il vient de communiquer à l'Académie sont la consécration éclatante de la doctrine de M. le professeur Lasègue. Elles appartiennent, ajoute-t-il, à une histoire pathologique qu'il faudra écrire quelque jour. Les traumatismes cérébraux et leurs conséquences éloignées ou prochaines valent d'être étudiées à fond. Ils sont d'ailleurs pour la pathologie mentale ce que fut autrefois la paralysie générale, un lien qui la rattache au reste de la pathologie, dont il importe de ne la séparer jamais, si l'on veut se prononcer avec quelque certitude dans ces délicates questions médico-légales.

— M. POTAIN donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsè-

ques de M. Lasègue. Cette lecture est accueillie par les applaudissements répétés et bien mérités de l'assemblée; le discours de M. Potain est un véritable modèle du genre.

Suite de la discussion sur la fièvre typhoïde. — M. Peter rappelle en quelques mots la doctrine de M. Pasteur sur les maladies virulentes, maladies qui, selon ce savant, viennent du dehors, sont fonction d'un élément vivant, de telle sorte que ce corpuscule virulent, ce virus, ce microbe, qui n'est autre que le *quid divinum* des anciens, devient tangible. Ces recherches sont très intéressantes au point de vue de l'histoire naturelle et de la physiologie pathologique. Grâce à elles, de grands progrès ont été accomplis aussi en chirurgie et en obstétrique; c'est, en effet, en s'inspirant des travaux de M. Pasteur que M. Alphonse Guérin a imaginé le pansement ouaté; cependant, indépendamment du filtrage de l'air, ce pansement réunit deux autres conditions importantes : il constitue un pansement rare et en outre il exerce une compression douce, élastique. C'est grâce encore aux travaux de M. Pasteur que Lister a imaginé son pansement devenu classique. Enfin, c'est en s'appuyant sur ces mêmes travaux qu'on a fait ressortir tous les avantages, en obstétrique, d'un isolement sagace des malades et des soins d'une méticuleuse propreté. Cette justice étant rendue à l'importance et à la valeur des travaux de M. Pasteur, il y a lieu de se demander s'ils ont rendu les mêmes services en médecine qu'en chirurgie ou en obstétrique? Je me permets de le nier, ajoute M. Peter.

Passant à l'étude des vaccinations proposées par M. Pasteur, M. Peter s'applique à démontrer que le virus atténué de M. Pasteur est un virus *éventé* et *passé*, ayant pour but de déterminer une virulence infiniment moins grave que la maladie virulente spontanée et destiné à prémunir le bétail et l'humanité contre cette maladie virulente spontanée. Voyons si M. Pasteur a obtenu tous les résultats qu'il a promis.

M. Peter critique tout d'abord cette dénomination de vaccinations pastoriennes. Jenner inoculait une maladie bénigne, le cowpox, en vue de prémunir contre une maladie grave, souvent mortelle, la variole; c'était bien là la vaccination; M. Pasteur ne pratique pas une vaccination, mais bien une inoculation. Or, avant Jenner, on inoculait, et, les inoculateurs ne pouvant modifier le virus, on s'efforçait de modifier le support. Les Chinois se servaient de croûtes, c'est-à-dire d'un virus desséché, ayant subi l'influence de l'oxygène et du temps; d'autres diluaient le virus dans l'eau. Trousseau a voulu rétablir l'inoculation varioleuse, et, malgré les mille précautions qu'il a prises, il a eu des accidents graves qui l'ont fait renoncer à la pratique des inoculations. M. Peter cite ici un passage de la clinique de Trousseau, dans lequel il énumère ces accidents. Entre autres dangers de ces inoculations, il fait ressortir la création d'un foyer de contagion, danger signalé par M. J. Guérin.

Il n'est pas douteux, ajoute M. Peter, que le support vivant exerce une action considérable sur le virus inoculé; il peut en résulter une maladie grave, même mortelle. En voici un exemple : il y a quelques jours se développe, dans mes salles, une petite épidémie de variole; la malade, qui a été le point de départ de cette épidémie, portait à peine quelques papules, n'avait pas de fièvre, était, en un mot, atteinte aussi légèrement que possible; après elle, six malades ont été prises de la variole, dont quatre de varioles discrètes et deux de varioles des plus graves. On voit, par cet exemple, comment un virus, aussi atténué que possible, peut se comporter sur six organismes différents.

M. Peter passe ensuite en revue les accidents qui peuvent être et ont été déterminés par l'application de la méthode des inoculations pastoriennes. Il résulte de nombreux extraits empruntés aux comptes rendus de la Société de médecine vétérinaire que dans certains cas le virus charbonneux atténué, par exemple, n'a pas donné l'immunité qu'on en attendait, que dans d'autres il a occasionné des accidents graves. Le nombre des victimes des inoculations charbonneuses est même aujourd'hui considérable. En outre, M. Pasteur déclare lui-même que la durée de la préservation ne dépasse pas un an. M. Peter cite plusieurs documents fournis par MM. Weber, Mathieu, par des vétérinaires de Turin, etc. Il ajoute que les années de 1881 et 1882 ont été remarquables par le peu d'élévation de la température; mais viennent de véritables chaleurs, et l'on verra ce que deviendront les vertus préservatrices de la méthode pastorienne.

Il y a lieu d'opposer à cette méthode des objections pratiques et des objections doctrinales. Les premières sont relatives à la médecine vétérinaire : elles peuvent se résumer dans les trois propositions suivantes :

1o On n'est jamais sûr de n'avoir pas d'accidents à la suite de la seconde vaccination (inoculation du virus fort);

2o L'immunité obtenue par les vaccinations n'est pas absolue;

3o Les maladies à microbes, connus ou inconnus, sont des maladies récidivantes.

En effet, dans les maladies charbonneuses, par exemple, les récidives sont extrêmement fréquentes. M. Pasteur lui-même reconnait que, par la vaccination, la préservation n'est acquise que pour une année. En outre, quelles raisons y aurait-il de vacciner l'homme contre le charbon qu'il peut ne jamais contracter? D'un autre côté, en admettant que le bœuf ou le mouton soient prémunis par la vaccination, faut-il en conclure que l'homme le sera à son tour?

Étant donné, d'une part, le nombre de maladies virulentes qui sont propres à l'homme et de celles qu'il peut contracter des animaux, le nombre de vaccins ou de virus atténués correspondants, étant donné, d'autre part, le peu de durée de l'immunité conférée par ces vaccinations, il en résulte que l'homme de l'avenir devra passer sa vie à se la conserver, à moins qu'il ne soit emporté par l'un de ces virus préservateurs, ce qui nous ramène à ce personnage légendaire qui se jetait à l'eau de crainte de se mouiller.

Les objections doctrinales ne font pas non plus défaut. Ici M. Peter oppose M. Pasteur à M. Pasteur lui-même, puis M. Béchamp, puis M. Chauveau à M. Pasteur; il montre ainsi que les microbistes eux-mêmes ne sont pas d'accord. Les doctrines pastoriennes ont-elles détruit la spontanéité morbide? Il n'en est rien, et aussi bien M. Pasteur avec ses microbes que M. Béchamp avec ses microzymas, admettent eux-mêmes qu'il faut, pour que ces animalcules se développent et agissent, des conditions particulières, et l'on arrive ainsi à la prédisposition, à la réceptivité. La vieille médecine ne parle pas autrement. Avec M. Béchamp, comme avec M. Pasteur lui-même, nous sommes en pleine doctrine de spontanéité morbide.

En terminan, M. Peter, en sa qualité de médecin et en sa qualité de philosophe, est bien obligé de constater que toutes ces prétendues découvertes autour desquelles l'on fait tant de bruit et sur lesquelles on fonde tant d'espérances, ont élargi de bien peu le cercle autour duquel évolue l'esprit humain.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mars 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Taille hypogastrique.—Rapport de M. Monod sur une observation de M. Schwartz.

Il s'agit d'un malade de 60 ans, qui était porteur de deux calculs vésicaux volumineux; en même temps l'état général était mauvais; il y avait de la cystite, une vessie très intolérante et une prostate très grosse. Pour ces différentes raisons, M. Schwartz ne fut tenter de faire la lithotritie, et il se décida à pratiquer la taille hypogastrique. L'opération fut très simple et ne demanda pas d'autre outillage qu'un histouri et un cathéter cannelé. La vessie fut lavée avec l'eau phéniquée; puis l'on incisa couche par couche jusqu'au péritoine, qui fut décollé; la vessie fut ouverte et les

deux calculs furent extraits; pour pouvoir saisir le dernier, l'opérateur fut obligé de le soulever en introduisant un doigt dans le rectum. Le plus volumineux des calculs avait six centimètres dans son plus grand diamètre, et l'autre trois centimètres et demi.

L'on mit une sonde en caoutchouc rouge dans l'urèthre; aucune réunion ne fut faite, et trois semaines après le malade était complètement guéri. Revu deux ans après avoir subi cette opération, il se portait très bien.

—De l'action du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs. — M. Trélat entame sur cette question la discussion soulevée par une précédente communication de M. Verneuil. Dans les faits avancés par ce dernier, l'orateur reconnaît qu'il y a une grande part de vérités cliniques, mais il existe d'un autre côté un certain nombre de points délicats et moins prouvés. M. Trélat accepte les faits, mais il repousse la loi formulée par l'auteur; elle n'est que partiellement vraie et ne s'applique pas à tous les faits.

M. Verneuil a cité plusieurs cas à l'appui de cette loi: 1° un tuberculeux, albuminurique, est amputé de la jambe; ce malade est soumis à une rigoureuse observation par M. Redard. A la suite de l'opération il y a eu deux jours de fièvre très légère; la quantité proportionnelle d'urée a un peu augmenté, la quantité totale a excédé pendant cinq jours la quantité rendue avant l'opération; il y a eu de la polyurie pendant onze jours; enfin, pendant deux jours (le 5e et le 6e jour après l'opération), l'albumine a notablement augmenté. L'opération chez ce malade a-t-elle augmenté la tuberculose? M. Trélat ne le pense pas; quant à l'albuminurie elle n'a été que passagèrement augmentée.

2° On opère un malade qui avait un cancer viscéral latent; le malade meurt le deuxième jour. Dans ce cas, il y a eu un échec opératoire, mais on ne peut pas dire que l'état pathologique antérieur ait été aggravé par l'opération.

3° Chez un diabétique, on fait une amputation tibio-tarsienne: il meurt le deuxième jour; là encore on ne peut dire qu'il y ait eu aggravation de la protopathie.

4° Un homme atteint de cirrhose est opéré d'une hernie étranglée; il ne se remet pas complètement et meurt trois semaines après l'opération: là encore on ne voit pas l'aggravation de l'état antérieur, et celui-ci n'a fait que suivre son cours.

5° Cas observé par M. Picqué: écrasement du gros orteil; cicatrisation en six semaines, à la suite adéno-phlegmon de l'aine, suppuration abondante, pelvi-péritonite. A l'autopsie on trouve un foie gras, et le traumatisme aurait aggravé une affection du foie préexistante. Pourquoi? Ce malade avait assez de lésions pour mourir et son foie stéatosé pouvait être la conséquence de cette suppuration abondante et prolongée.

En résumé, dans ces différents cas, M. Trélat voit des sujets qui, atteints d'états pathologiques antérieurs, ont vu leurs blessures aggravées par la préexistence de ces états pathologiques, mais il ne voit pas que ce soit le traumatisme qui ait aggravé la lésion antérieure.

M. Verneuil a cité d'autres cas malheureux empruntés à la clinique étrangère: un chirurgien sachant sa malade diabétique lui ampute le sein, sans soigner l'affection générale; la malade meurt d'accidents dus au diabète.

Un enfant de 13 ans, atteint de péritonite et de pérityphlite, est amputé de la cuisse; il meurt au bout de quelques jours d'accidents péritonéaux.

Un vieillard, porteur d'une tumeur maligne de la prostate, est opéré de cette tumeur, et il succombe rapidement. Ces opérations, dit M. Verneuil, sont inopportunes et contre-indiquées, et les chirurgiens ont méconnu la contre-indication. Pour ces faits, M. Trélat est du même avis que M. Verneuil, mais il n'accepte pas la loi générale formulée par l'auteur, et il adopte les conclusions suivantes: 1o Il est nécessaire, pour soigner une blessure, non seulement de poursuivre l'asepsie et l'apyrexie, mais encore de s'occuper de l'état général du malade; 2o Les états pathologiques et organiques préexistant aggravent chez les opérés le pronostic de leur blessure, et il faut rechercher avec soin ces éléments de pronostic et de détermination opératoire; 3o Le pronostic des opérations, chez des malades porteurs de cancers viscéraux, est très redoutable; chez les diabétiques, il est moins absolument grave: il faut être prudent, mais il n'y a pas de contre-indication absolue à l'opération. Enfin, chez les tuberculeux et les scrofuleux, cela est très difficile à apprécier. Dans certains cas, il faut s'abstenir; dans d'autres cas, l'opération donne une amélioration considérable.

Suite de la discussion dans le prochaine séance.

Cancer de l'ombilic (Communication de M. Desprès). — Un homme de soixante-seize ans avait, au niveau de l'ombilic, une tumeur cancéreuse du volume d'une châtaigne. Pour l'enlever, M. Desprès fit autour deux incisions en croissant, disséqua, et arriva sur le péritoine qu'il ouvrit. La tumeur traversait l'anneau ombilical et était en bouton de chemise; elle fut enlevée; le chirurgien saisit l'épiploon, qu'il ramena dans la plaie, et remplaça la tumeur par une hernie épiploïque; il fit une suture métallique et appliqua, pour tout pansement, un bandage de corps en diachylon. Il obtint une réunion par première intention. La tumeur était un épithélioma tubulé.

M. Nicaise a fait à peu près la même opération chez une femme de quarante ans, et il dut aussi ouvrir le péritoine; seulement, au lieu de faire une hernie épiploïque, il se contenta d'étaler l'épiploon derrière la plaie, sans le faire adhérer, comme cela se pratique après l'ovariotomie. Sa malade a parfaitement guéri.

M. Tillaux fait remarquer qu'au niveau de l'ombilic il est impossible de ne pas rencontrer le péritoine; en effet, à la cicatrice ombilicale, la peau et le péritoine adhèrent intimement l'un à l'autre.

Dr Henri Bastard.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 1er février 1883.

M. L. Manouvrier lit un travail *sur l'étude anthropologique des crânes d'assassins*. Il s'attache d'abord à démontrer que, parmi les assassins, un petit nombre seulement rentrent dans le domaine de l'anatomie pathologique au même titre que les aliénés: ce sont les assassins qui ont commis leur crime sous l'influence d'un état pathologique les rendant ce que l'on appelle *irresponsables*; tels sont les individus qui agissent sous l'influence du délire alcoolique ou de l'épilepsie. Mais il est très rare que ces assassins soient exécutés.

Quant aux autres, ils constituent une catégorie anthropologique, et c'est au point de vue anthropologique qu'il convient d'étudier leurs caractères anatomiques. L'auteur fait observer que l'assassinat est un acte absolument normal, très commun, considéré comme légitime et même honorable dans plus d'une race humaine. C'est le développement des instincts sociaux, aidé bien souvent par la crainte du châtiment, qui rend cet acte sauvage rare dans les races civilisées. Il y a donc lieu d'étudier l'organisme des assassins et de rechercher s'il ne présente pas communément des caractères se rapprochant de ceux des races inférieures. Il ne s'agit pas de savoir s'il existe quelque *bosse* du crâne ou quelque circonvolution cérébrale désignant un organe du meurtre et de la cruauté, ainsi que semblent le croire quelques personnes dont les idées sur la crâniologie sont en retard de plusieurs vingtaines d'années; il s'agit de savoir si le crâne et le cerveau des assassins dénotent, en général, par certains caractères, un degré inférieur de l'évolution.

Or, en ce qui concerne le crâne, ces caractères existent chez les assassins en général, et c'est ce que démontre l'auteur en ajoutant aux nombreuses observations déjà publiées les résultats que lui a fournis l'étude des 24 crânes d'assassins conservés au musée

Orfila, et d'une vingtaine d'autres appartenant au laboratoire d'anthropologie du Muséum ou au musée Broca.

Les caractères sur lesquels insiste particulièrement M. Manouvrier sont le poids exagéré de la mandibule et la petitesse de la région frontale du crâne, alors que l'ensemble du crâne présente des dimensions ordinaires. Cela veut dire que le type végétatif et le type musculaire sont fréquents chez les assassins, tandis que le type élevé de la race est très rare, sinon absent. Par conséquent, les crânes d'assassins présentent des caractères qui les rapprochent des crânes de races inférieures et il est remarquable, dit l'auteur, que la partie de notre race qui paraît le moins disposée à l'assassinat, le sexe féminin, possède une mandibule relativement petite et un front relativement grand, tandis que sa région pariétale, qui recouvre la zone motrice de l'encéphale, est absolument et relativement peu développée. C'est parce que certaines races sont peu intelligentes et aptes à frapper qu'elles sont disposées au meurtre : il en est de même pour les assassins dans les races civilisées, et c'est parce que les instincts sociaux prédominent chez les faibles que les femmes assassinent très rarement. Il est intéressant de constater que ces faits sont en rapport avec certains caractères anatomiques du crâne et du cerveau.

M. Lunier dit qu'il a observé des milliers de criminels et que l'étude anthropologique de ces individus lui semble en effet rationnelle. Mais il croit nécessaire d'établir diverses catégories parmi eux et d'opérer sur des séries plus considérables.

M. Manouvrier répond qu'il a insisté lui-même sur la nécessité de distinguer diverses catégories d'assassins, mais cette distinction ne sera possible que lorsqu'on possédera des centaines de crânes et de cerveaux. Pour le moment, on ne peut qu'étudier les assassins en général, et ses conclusions ne concernent que l'ensemble du groupe. Bien qu'hétérogène, ce groupe se distingue d'un groupe quelconque de même race : voilà ce qui est acquis.

M. G. Delaunay dit que les assassins sont de véritables sauvages, qu'ils sont nés assassins et que l'atavisme est la cause de leur infériorité anatomique au point de vue de l'évolution.

M. Deniker énumère les nombreuses particularités relevées par différents auteurs chez les criminels et qui confirment les conclusions de M. Manouvrier.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES À LA SORBONNE

Séances des 27, 28 et 29 mars.

Sciences médicales.

M. le docteur E. Bertherand, de la Société de climatologie d'Alger, communique, par l'entremise de M. le docteur P. de Pietra-Santa, un mémoire sur *Les sciences médicales chez les Arabes.*

Dès le neuvième siècle, Hobeich-ben-el-Hassan (de Bagdag), signale le turbith, la noix vomique, la coloquinte, le croton tiglium, l'aloès, les myrobolans, etc. Les pèlerinages de la Mecque avaient évidemment contribué à répandre les notions scientifiques. Les émirs, les khalifes se faisaient gloire de protéger les médecins, de fonder des écoles, des hôpitaux, des bibliothèques, d'honorer même de leur présence les cours de médecine. Au dixième siècle, le vizir Djouhar organisait près de la célèbre mosquée El-Azhar un institut où l'on enseignait toutes les sciences. En dehors de l'enseignement fourni dans les hôpitaux, il existait des écoles de médecine particulière, des cours annexés aux zaouïas (mosquées), des jardins botaniques établis sur une vaste échelle, des collections d'un luxe inouï d'ouvrages, telles que celles du Caire, de Tripoli, de Tunis, de Fez, du Maroc, de Cordoue.

M. le docteur Bertherand passe successivement en revue les progrès réalisés dans la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et la gynécologie, la médecine légale, l'anatomie et la physiologie, la chirurgie militaire, la botanique, la chimie, la pharmacologie, la l'ophtalmologie, l'hygiène, l'exercice de la médecine, les hôpitaux, les bureaux de bienfaisance et la médecine rurale.

— M. le docteur Lemoine, professeur à la Faculté de médecine de Reims, communique des *Recherches sur les mœurs et sur le développement de l'œuf des podurelles.*

— M. le docteur Netter, de Nancy, a adressé un mémoire sur l'*Action thérapeutique de l'oxymel scillitique.*

— M. le docteur Trouessart, d'Angers, a envoyé une communication sur l'*Origine et la distribution géographique des mammifères amphibies*.

— Le docteur Paul Fabre, médecin aux mines de Commentry, fait une communication sur les *Eaux dans les travaux de mine au point de vue de l'hygiène professionnelle.*

De même que pour les autres conditions spéciales dans lesquelles s'opèrent les travaux des mines, l'influence du travail dans l'eau sur la santé des ouvriers est éminemment complexe. Tantôt on n'observe aucune action fâcheuse sur l'organisme ; d'autres fois, il survient des éruptions diverses dont la nature varie non seulement suivant le sujet, mais encore suivant la température du chantier, suivant que de la poussière de charbon se trouve ou non mélangée abondamment avec l'eau, mais aussi et surtout suivant la composition chimique de cette eau.

Que l'eau soit croupissante et chargée de matières organiques, qu'elle soit alcaline, ou bien qu'elle contienne de l'acide sulfurique, des phénomènes différents se manifestent ; ici, ce sont des éruptions eczémateuses, là du lichen, là encore des furoncles, parfois même des taches de purpura hémorrhagique.

Une influence nuisible sur la santé générale ne se produit guère que dans ces derniers cas.

Toutes les fois que des éruptions eczémateuses ou simplement prurigineuses apparaissent, le docteur Fabre conseille d'avoir recours à un système de vêtement et de chaussures en caoutchouc destiné à mettre l'ouvrier, pendant la durée de son travail, à l'abri de l'action caustique ou simplement irritante de certaines eaux de mine.

— M. le docteur Bergeon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, présente et décrit un nouvel appareil destiné à enregistrer les mouvements respiratoires.

— M. le docteur F.-B. de Montessus, président de la Société des sciences naturelles de Saône-et-Loire, communique quelques faits relatifs à un passereau (*Nucifraga caryocatactes*).

(*A suivre.*)

Paul Fabre (de Commentry).

FORMULAIRE

Solution contre l'otalgie.

Rec.	Sulfate d'atropine	0,20 centigrammes.
	Eau distillée	25 grammes,

M. s. a. Instiller dans l'oreille malade de trois à cinq *gouttes* de cette solution et les y laisser pendant 10 à 15 minutes ; après quoi on dessèchera le fond de l'oreille avec un tampon d'ouate. Cette pratique, qu'on peut répéter plusieurs fois dans le courant de la journée, est donnée comme un moyen héroïque contre les douleurs d'oreille. (The British med. Journal, oct. 1882.)

Cette solution est destinée à l'adulte. Elle devra donc être diminuée proportionnellement chez les enfants de manière à être au moins quatre fois plus faible chez les enfants au-dessous de trois ans.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

NOUVELLES SONDES ET BOUGIES POUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DES VOIES URINAIRES. — De tout temps, les chirurgiens ont trouvé, comme modestes mais utiles collaborateurs, des fabricants ingénieux tenant à honneur de ne pas rester dans l'exécution au-dessous de la conception des maîtres. Sur ce point, les fabricants français ont toujours eu la suprématie sur leurs rivaux étrangers, et la dernière exposition de Bordeaux nous prouve bien qu'ils ne sont pas près de la perdre.

Un des principaux fabricants de Paris, M. Vergne, a exposé des bougies et des sondes vraiment ingénieuses et utiles, absolument supérieures à tout ce que l'on a fait jusqu'à ce jour. Elles sont constituées par un tissu de soie ou de coton recouvert d'une composition telle, qu'elles ne sont ramollies, même après un séjour de plusieurs mois dans le canal de l'urèthre (une sonde ayant, par incurie du malade, séjourné trois mois et demi dans le canal, a néanmoins pu être retirée par M. le professeur Guyon à l'hôpital Necker, absolument intacte au point de vue de la solidité).

En dehors de leur confection soignée, ces bougies présentent un autre avantage, c'est de pouvoir être remplies de grenaille de plomb ou de mercure, ce qui facilite leur introduction. Elles possèdent la souplesse des bougies dites de gomme et le poids des bougies d'étain de Béniqué, si appréciées pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre. De plus, étant faites de deux tissus différents, elles ont une grande flexibilité dans la partie correspondante à la région bulbaire (*partie blonde*) et une certaine rigidité dans celle qui correspond à la région pénienne (*partie noire*). Ce système ingénieux est absolument nouveau pour les bougies et sondes à contenu variable ; il a été également appliqué aux sondes œsophagiennes qui, ainsi disposées, peuvent également rendre des services qu'on ne pouvait attendre des anciennes sondes, trop légères ou trop rigides. C'est un véritable perfectionnement et des plus utiles que M. Vergne a réalisé dans cette industrie spéciale, et c'est à bon droit que, l'avis de tous, on lui a décerné la *médaille d'or*.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ CLINIQUE DE LA FOLIE A DOUBLE FORME (FOLIE CIRCULAIRE, DÉLIRE A FORMES ALTERNES), par le docteur ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton. (Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. — Prix Falret 1880). — Octave DOIN, éditeur, 1883.

L'Académie de médecine, pour le prix Falret à décerner en 1880, avait proposé la question suivante :

« De la folie désignée sous le nom de folie circulaire, folie à double forme, folie à formes alternes. »

Le programme ajoutait :

« Les concurrents devront réunir dans leur travail le plus grand nombre d'observations cliniques. »

C'était donc une monographie complète de la folie à double forme, présentée surtout au point de vue clinique, que demandait la Compagnie.

Le prix fut décerné au mémoire de M. le docteur Ritti; et c'est ce mémoire que l'auteur publie aujourd'hui sous forme d'un volume de près de 400 pages.

Je commence par dire que l'Académie me semble avoir été rarement mieux inspirée qu'en proposant un pareil sujet, et que rarement aussi, elle a récompensé une œuvre plus intéressante et plus méritoire, à tous égards, que celle de M. le docteur Ritti.

Comme tout traité relatif à l'histoire d'une maladie, l'ouvrage est divisé en chapitres distincts, dans lesquels sont successivement passées en revue toutes les parties du sujet à l'étude.

Le premier chapitre s'ouvre par la *définition* de la maladie, à laquelle fait suite un *historique* des plus complets.

« Par folie à double forme ou folie circulaire on entend — dit M. Ritti — une espèce particulière d'aliénation mentale dont les accès sont caractérisés par la succession régulière de deux périodes, l'une de dépression et l'autre d'excitation, ou réciproquement. »

Au point de vue de la marche, on distingue deux sortes de folie à double forme : 1° celle dans laquelle les accès sont séparés l'un de l'autre par un intervalle plus ou moins long : c'est la folie à double forme proprement dite ou à type périodique ; 2° celle dans laquelle les accès se suivent les uns les autres sans intervalle lucide intermédiaire — c'est la folie à double forme continue ou à type circulaire.

L'historique de la maladie a été de la part de l'auteur l'objet d'une étude toute particulière. On sait en effet que, depuis l'année 1854, époque à laquelle la folie à double forme fut décrite, la question de priorité a toujours été pendante et discutée entre Falret père et M. Baillarger.

Aujourd'hui le débat est tranché, et M. Ritti attribue bien exactement à chacun sa part de mérite dans l'œuvre, lorsqu'il montre que c'est seulement à partir de M. Baillarger que l'alternance de la manie et de la mélancolie, considérée seulement par Falret père comme une variété de la marche des maladies mentales, a pris rang, sous le nom de folie à double forme, dans le cadre des entités morbides.

Dès ce moment, la maladie nouvelle devint l'objet de l'attention générale et de recherches multiples, si bien qu'à l'heure actuelle, après moins de 30 ans, c'est l'une des mieux connues du domaine de la psychiatrie.

Ici, M. Ritti passe successivement en revue, en accordant à chacun la part d'importance qui lui revient, les nombreux travaux publiés par les auteurs, tant français qu'étrangers, sur la folie à double forme, depuis la lecture à l'Académie du mémoire de M. Baillarger et de celui de Falret père.

Après l'historique, qui termine le premier chapitre, l'auteur aborde, dans le second et dans le troisième, la *symptomatologie* de la maladie, et il décrit successivement et séparément la *période de dépression* et la *période d'excitation*.

La *période dépressive* de la folie à double forme, fait-il remarquer, peut présenter des degrés divers, depuis la *simple dépression* ou *état mélancolique*, jusqu'au *délire mélancolique* proprement dit, et même à *la stupeur* la plus complète. Il y a même des malades qui, pendant cette période de l'accès, traversent successivement ces trois étapes progressives de l'état dépressif.

En dehors des symptômes les plus habituels et qui lui sont communs avec l'accès de mélancolie ordinaire, signalons, comme autres phénomènes susceptibles de se manifester dans cette période : l'amaigrissement du corps, la diminution de

l'appétit, la difficulté de la digestion, la persistance de la constipation, le ralentissement plus ou moins notable de la circulation et de la respiration, la cyanose des extrémités, parfois étendue à la face et à tout le corps, l'arrêt fréquent de la menstruation, etc., etc. Le sommeil paraît meilleur que dans la période d'excitation, mais il n'est ni régulier ni prolongé.

Comme l'état de dépression, *l'état d'excitation* peut se présenter avec des degrés différents d'intensité, mais, le plus ordinairement, il consiste dans une simple surexcitation de toute la vie physique et morale, sans délire bien déterminé.

Ce qui caractérise alors particulièrement la maladie, c'est un besoin incessant de mouvement et d'activité auquel les malades ne peuvent se soustraire. Ils vont, viennent, parlent, écrivent, font des visites, passent constamment d'une idée à une autre; leur mémoire s'avive au plus haut degré; ils se rappellent les moindres circonstances de leur vie passée; tout ce qu'ils ont appris leur revient à la mémoire; ils récitent de longs passages des auteurs classiques; ils parlent plusieurs langues, composent des poésies, des discours, etc.

Moralement, ils sont de même, et l'excitation qui les domine se traduit, de ce côté, par les actes les plus méchants et les plus pervers, la malveillance la plus grande, et une tendance souvent très marquée aux propos calomnieux, caustiques et épigrammatiques, empreints de la plus spiritnelle vivacité.

Ils sont en outre très fréquemment enclins au vol, à la boisson, à la voracité, et se conduisent alors de la façon la plus déplorable.

A un degré plus élevé, à l'excitation maniaque viennent se joindre des idées délirantes; ainsi leur vantardise naturelle peut aller jusqu'au délire des grandeurs et des richesses et présenter tous les caractères du délire des paralytiques à la première période.

Concurremment, dans l'ordre somatique, les malades ressentent un sentiment général de bien-être; ils n'éprouvent jamais de fatigue, malgré le mouvement incessant qu'ils se donnent; l'appétit est vif, le pouls et la respiration accélérée, le sommeil nul, l'embonpoint augmente, etc. Enfin, on observe parfois des phénomènes congestifs vers la tête et même des accidents cérébraux qui rappellent, à s'y méprendre, ceux qu'on observe dans les paralytiques au début: l'embarras de la parole, l'inégalité pupillaire, des attaques épileptiformes, etc.

Le quatrième chapitre est consacré à l'étude de *l'évolution* de la folie à double forme: évolution de l'accès d'abord, évolution de la maladie ensuite.

L'accès peut débuter soit par la phase maniaque, soit par la phase mélancolique. Le début par cette dernière période paraît toutefois être le plus fréquent.

La transition d'une période à l'autre peut s'effectuer *brusquement* pendant le sommeil, *par degrés lents et insensibles*, enfin par *oscillations successives*, c'est-à-dire par une série d'alternatives rapprochées de manie et de mélancolie, jusqu'à établissement de la phase subséquente.

En ce qui touche à l'évolution de la maladie, les accès peuvent être séparés l'un de l'autre par des intervalles lucides plus ou moins longs, et l'on a alors la *folie à double forme à type périodique*; ou bien ils peuvent se succéder sans interruption, ce qui constitue la *folie à double forme à type continu ou circulaire*. Le premier de ces types présente deux variétés: la *folie à double forme à type périodique et à accès isolés* et *la folie à double forme à type périodique et à accès combinés*.

Quant aux *modes de terminaison*, ils sont au nombre de quatre: celui par *guérison*, rare, surtout dans le type circulaire; celui *par démence*, également peu fréquent, et, en tout cas, très tardif; celui par *transformation* de la maladie en une autre, manie ou mélancolie simple, par exemple; enfin la terminaison par la *mort*, qui n'a lieu, pour ainsi dire, que par suite d'accidents: suicide dans la phase mélancolique, congestions cérébrales, attaques épileptiformes, etc., dans la phase maniaque.

Les deux chapitres suivants sont consacrés l'un au *diagnostic*, l'autre à *l'étiologie* de la folie à double forme. Dans le premier est traitée la question de la différenciation de la folie à double forme successivement avec la manie, la mélancolie simple, et surtout avec la paralysie générale, avec laquelle elle offre tant de ressemblance dans sa période d'excitation. Dans le second, M. Ritti fait ressortir l'influence prédominante de l'hérédité — qui souvent ici est similaire — sur le développement de la folie à double forme. Puis viennent en seconde ligne les traumatismes cérébraux, l'hystérie surtout, l'épilepsie et enfin, au dernier plan, les causes occasionnelles, c'est-à-dire les affections organiques, la ménopause, les troubles de la menstruation, les excès de tout genre, la fatigue, les fièvres compliquées d'accidents cérébraux, et enfin toutes les influences qui peuvent être rangées sous la dénomination générique de causes morales.

Ce chapitre se termine par quelques considérations intéressantes sur la fréquence de la folie à double forme, qui paraît plus commune chez la femme, et débute, le plus souvent, de vingt à trente ans.

Le huitième chapitre est consacré à l'étude de la *folie paralytique à double forme ou circulaire* et à celle des rapports de la folie à double forme avec l'ataxie locomotrice, questions encore nouvelles, pour ainsi dire, et qui réclament de nouvelles confirmations.

Dans le neuvième chapitre, M. Ritti s'occupe du traitement de la folie à double forme, traitement des accidents relatifs à chaque période.

Pour prévenir le retour des accès, c'est-à-dire pour combattre la maladie elle-même, M. Ritti préconise surtout l'emploi du sulfate de quinine, auquel on a eu recours depuis longtemps, en raison même du caractère franchement périodique de la maladie, et qui paraît avoir donné quelques résultats heureux.

On devra débuter par 39 à 40 centigrammes pour arriver rapidement à deux grammes, dit l'auteur. Les autres médicaments employés dans le même but, c'est-à-dire pour combattre la périodicité des accès de folie à double forme, sont le bromure de potassium, enfin les injections sous-cutanées d'opium et de morphine. Quant à la seconde indication du traitement, à la médication des accidents dans chaque période, elle varie évidemment suivant les cas et surtout suivant la phase en cours d'évolution. En général, on use des mêmes moyens que pour une manie ou une mélancolie simple, les symptomes étant au fond du même ordre.

Le dixième et dernier chapitre est consacré à la médecine légale de la folie à double forme, point à peine encore ébauché, mais que l'auteur a su rendre intéressant en rapportant l'observation d'un malade qui résume à elle seule les princi-

pales considérations à émettre sur la médecine légale des fous circulaires.

Tel est le livre de M. Ritti, livre intéressant, attrayant, et par la multiplicité des observations cliniques, et par la variété du sujet traité, enfin par l'élégance et la clarté du style.

Les œuvres d'une telle valeur et d'une telle portée pratique sont trop rares en médecine mentale pour que nous ne signalions pas celui-ci avec le plus vif plaisir à tous ceux — et ils sont nombreux aujourd'hui — qui ne veulent pas rester étrangers aux progrès incessants de la psychiatrie. Ils y trouveront, nettement et clairement exposés, tous les éléments que comporte l'étude de cette espèce de folie si curieuse et si terrible à la fois : la folie à double forme ou circulaire.

Dr E. Régis.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — M. le docteur Lafforgue, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse, dont il occupait la chaire d'accouchements et de maladies des femmes depuis une trentaine d'années, a succombé ces jours derniers, à l'âge de 88 ans, aux suites d'une attaque d'apoplexie.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Samuel Trêves, décédé le 25 mars 1883.

***

Agrégation des facultés de médecine — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 20 mars 1883, sont institués agrégés des Facultés de médecine (section de pathologie interne et de médecine légale), pour en exercer les fonctions du 1er novembre 1883 au 1er novembre 1892, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Artigalas (Jean-Michel-Casimir),	Faculté de	Bordeaux;
Bard (Jean-Louis-Marius),	—	Lyon;
Baumel (Hippolyte-Léopold-Etienne),	—	Montpellier;
Blaise (Henri-Joseph),	—	Montpellier;
Hanot (Charles-Victor),	—	Paris;
Hutinel (Victor-Henri),	—	Paris;
Leroy (Charles-Adolphe),	—	Lille;
Quinquaud (Charles-Eugène),	—	Paris;
Robin (Edouard-Charles-Albert),	—	Paris;
Schmitt (Marie-Xavier-Joseph),	—	Nancy.

***

Faculté de médecine de Paris. — Le sujet du prix Corvisart pour l'année scolaire 1882-1883 est « *L'Ascite* ». Les mémoires des concurrents devront être déposés au secrétariat avant le 1er décembre 1883, date fixée comme dernier délai.

***

— Le doyen de la Faculté croit devoir rappeler que les pièces scolaires, concernant les étudiants en médecine qui viennent d'une école préparatoire, d'une école de plein exercice ou d'une Faculté de province, doivent lui être transmises *par l'intermédiaire du recteur*. Pour éviter toute irrégularité, ces pièces ne seront reçues, à l'avenir, au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris que par la voie réglementaire.

***

M. le professeur Parrot commencera ses leçons cliniques sur les maladies des enfants le 8 avril 1882, à dix heures du matin.

***

Faculté de médecine de Nancy. — Les récompenses suivantes ont été décernées pour les thèses soutenues pendant l'année 1882 :

Prix. — M. le docteur Thiébault : De la dilatation de l'estomac.

Mentions très honorables. — M. le docteur Lemaire : De la détermination histologique des feuilles médicinales ; — M. le Dr Ganzinotty : Etude de l'involution utérine dans les premiers jours de couches normales ; — M. le docteur Lambling : Des procédés de dosage de l'hémoglobine.

Mentions honorables. — M. Ricoux : De l'hémitremblement pré et post-hémiplégique ; — M. Bernhardy : Du pourpre rétinien et de sa sécrétion ; — M. Macé : Recherches anatomiques sur la grande douve du foie.

***

Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur Gémy, médecin de l'hôpital civil d'Alger, est chargé, pour dix ans, du cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées (enseignement nouveau).

***

Association française pour l'avancement des sciences. — Le prochain Congrès se réunira à Rouen du 16 au 23 août 1883.

***

Hôpital Saint-Antoine. — La bibliothèque des internes en médecine a reçu un nouveau legs de 300 francs de M. le docteur d'Olier, père du jeune interne de cet hôpital, qui a si malheureusement succombé l'année dernière à la fièvre typhoïde.

***

Société protectrice de l'enfance de Paris. — Question de prix mise au concours pour l'année 1883 : « Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les localités, quelle a été l'influence de la loi Roussel sur l'industrie nourricière. » Le prix sera de 500 francs.

Question de prix pour l'année 1884 : « Des convulsions chez les enfants de premier âge, de leurs causes et de leur traitement » Le prix sera de 500 francs.

Les Mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1883 pour la première question, et avant le 1er novembre 1884 pour la deuxième question, au secrétariat général de la Société, M. le docteur Blache, rue des Beaux-Arts, 4.

***

Exposition universelle allemande dans le domaine de l'hygiène et du sauvetage a Berlin (1882-1883). — A l'occasion de l'Exposition internationale de pisciculture de Berlin (1880), Sa Majesté le roi de Saxe a offert un prix pour le meilleur ouvrage sur la viciation des eaux et les moyens d'y remédier au point de vue spécial de la vie des poissons.

Sur la proposition de l'Union allemande de pisciculture, Sa Majesté le roi de Saxe a bien voulu consentir à ce que le prix d'honneur fût mis à la disposition du Comité de l'Exposition d'hygiène, qui signale plus spécialement à l'attention des concurrents les questions suivantes :

1o Indiquer les intérêts sanitaires, commerciaux, industriels, ruraux et autres, y compris ceux de la pisciculture, qui sont lésés soit par l'usage des cours d'eau, soit par l'introduction de souillures et de débris dans les eaux courantes.

2o Décrire clairement les moyens chimiques les plus efficaces, les machines et les constructions les plus propres à remédier à ces inconvénients, en élucidant les moyens proposés aux points de vue technique, économique et pratique.

Les monographies sur des sujets séparés rentrant dans le problème posé ne sont pas exclus du concours.

Les inventions anciennes sont aussi admises, si elles sont justifiées par des points de vue nouveaux.

Le fait qu'un procédé est déjà patenté n'est pas un obstacle au concours.

Le concours est international. Les ouvrages des candidats peuvent être écrits en allemand, en français ou en anglais.

L'envoi de l'ouvrage pour le concours doit avoir lieu franco avant le 31 décembre 1884, et à l'adresse du docteur P. Bœrner, Berlin, W. Burggrafen-Strasse, 8.

Les ouvrages envoyés resteront la propriété de leurs auteurs et devront être retirés six mois après la publication de l'adjudication des prix qui aura été faite par le jury.

L'ouvrage couronné devra être publié au plus tard un an après la remise du prix du concours.

Le prix d'honneur de Sa Majesté le roi de Saxe consiste en une jardinière en argent et sera exposé parmi les objets de l'Exposition d'hygiène.

Outre ce prix d'honneur, l'Union allemande de pisciculture a accordé un accessit de 600 marcs.

Le Comité de l'Exposition d'hygiène a accordé deux prix-accessits de 300 marcs chacun.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1882-83

— 111. M. Brunet. Du traitement de la chute de la matrice par le cloisonnement du vagin. — 112. M. Mayolle. Réflexions sur une épidémie de choléra en Cochinchine en 1882. — 113. M. Jamin. Etude sur l'uréthrite blennorrhagique. — 114. M. Journet. Etude sur le cancer de la terminaison de l'intestin grêle. — 115. M. Mounier. Etude sur la fièvre typhoïde à rechutes. — 116. M. Lareton-Dumontel. Contribution à l'étude de la guérison spontanée des plaies de l'intestin. — 117. M. Darier. Recherches cliniques et expérimentales sur les variations de l'urée.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 16 MARS AU JEUDI 22 MARS 1883.

Fièvre typhoïde 39. — Variole 9. — Rougeole 25. — Scarlatine 1. — Coqueluche 9. — Diphthérie, croup 43. — Dysenterie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 1. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 60. — Phthisie pulmonaire 306. — Autres tuberculoses 8. — Autres affections générales 69. — Malformation et débilité des âges extrêmes 69. — Bronchite aiguë 54. — Pneumonie 128. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 40, — au sein et mixte 17. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 100. — de l'appareil circulatoire 96. — de l'appareil respiratoire 106. — de l'appareil digestif 40. — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 8. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 4. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 32. — Causes non classées 14. — Total de la semaine : 1316 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

TRAITÉ TECHNIQUE DE CHIMIE BIOLOGIQUE, avec applications à la physiologie, à la pathologie, à la clinique et à la thérapeutique, par E. Quinquaud, médecin des hôpitaux, etc. 1 vol. in-8 avec figures dans le texte. — Prix : 6 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

LEÇONS SUR LA THÉRAPEUTIQUE DE LA SYPHILIS, par le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, etc., recueillies par M. Hamonic. In-8. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

HYDROLOGIE MÉDICALE

L'EAU PURGATIVE DE RUBINAT, par le Dr J.-J. DUPONT.

De toutes les eaux minérales, l'eau de Rubinat, étant celle qui purge le mieux sous le plus petit volume, a conquis la faveur du public. Mérite-t-elle la confiance des médecins? Voici quelques renseignements propres à résoudre la question :

L'eau de Rubinat appartient à la grande famille des eaux pyrénéennes. Elle jaillit à quelques kilomètres de la frontière française, dans le village espagnol dont elle porte le nom, au nord de la province de Lerida. La source, située au centre d'une vallée pittoresque, émerge dans une galerie creusée au-dessus du *Torrent salé*, au milieu des terrains formés de bancs de gypse, de marne et de calcaire.

Sa température, à la source, est de 13°. Claire et transparente, sa saveur est salino-amere. La chaleur et la lumière n'altèrent ni ses caractères physiques, ni ses propriétés. A basse température, une partie de ses sels cristallise au fond de la bouteille pour se redissoudre lorsque le thermomètre s'élève. Sa composition chimique, d'après le rapport de l'Académie de médecine, est la suivante : 1,000 gr. (litr.)

Sulfate de soude	96 gr. 265
— de manganèse	3 — 268
— de potasse	0 — 239
— de chaux	1 — 949
Chlorure de sodium	2 — 055
Silice, alumine, oxyde de fer	0 — 038
	103 gr. 814

Il suffit de jeter un coup d'œil rapide sur les chiffres qui précèdent pour reconnaître que l'eau de Rubinat est bien, avec sa riche minéralisation, le prototype des sulfates sodiques, et que, dès lors, elle doit posséder les propriétés thérapeutiques des purgatifs salins. Ses actions curatives multiples, si importantes qu'elles dominent peut-être toute la matière médicale, il serait oiseux de les énumérer à des praticiens les utilisant tous les jours. Ce qui n'est pas hors de propos, c'est d'appeler l'attention du corps médical français sur des manœuvres peu loyales mises en jeu contre l'eau de Rubinat par le commerce allemand.

Dans un prospectus germanique, distribué à profusion, on a comparé des chiffres représentant la composition chimique de l'eau de Rubinat à d'autres chiffres représentant la composition chimique de l'eau de Bude, et l'on est arrivé à cette conclusion inattendue que la proportion de sel purgatif dans l'eau pyrénéenne est moindre que dans l'eau d'outre-Rhin.

Le tableau paraît exact : les chiffres sont officiels, mais, par malheur, l'analyse de l'eau de Bude porte sur dix mille grammes, tandis que l'analyse de l'eau de Rubinat ne porte que sur mille. Cela, les honnêtes Allemands ne le disent point.

La fraude a été courageusement dénoncée à la presse scientifique par M. Constantin Paul, secrétaire général de la Société de thérapeutique, et alors les Basiles de l'hydrologie ont essayé d'une autre calomnie. L'eau de Rubinat, ont-ils dit, pourrait ne pas être une eau naturelle : elle est trop riche en sulfate de soude. On l'en a peut-être saturée artificiellement.

Cette insinuation aura le sort du tableau comparatif; les médecins n'en tiendront pas compte. Au lieu d'ajouter foi à ces cancans intéressés, ils écouteront la voix des hydrologistes compétents. Les documents officiels, communiqués par eux aux Sociétés savantes de France et d'Espagne, établissent bien nettement que l'eau sulfatée sodique de Rubinat est saturée par la nature; les praticiens continueront à en faire usage sans arrière-pensée, et, lorsque le hasard les amènera du côté des Pyrénées, qu'ils aillent visiter la source la plus purgative du monde. A plusieurs mètres de distance ils verront, surtout en hiver, d'énormes masses cristallines, semblables à des glaçons gigantesques détachés des hauteurs voisines. Ce sont des blocs naturels de sulfate de soude, dont la vue convaincrait les plus incrédules.

Pour finir cette notice sur l'eau purgative qui nous affranchit du tribut allemand, voici quelques instructions pratiques sur son mode d'administration :

A la dose d'un simple verre à Bordeaux (100 à 140 grammes), l'eau de Rubinat produit l'effet énergique d'une bouteille de Sedlitz ou de limonade Rogé. On facilite cette action, et on évite l'irritation intestinale en prenant immédiatement après une tasse de thé léger, ou simplement un verre d'eau sucrée.

A la dose de 5 à 8 grammes, continuée pendant plusieurs jours, l'eau de Rubinat entretient simplement la liberté du ventre et régularise les excrétions. Il suffit, dans tous les cas, de se rincer la bouche avec un peu de rhum ou de sirop de menthe pour faire disparaître le goût salino-amer de ce purgatif, que les personnes délicates et les enfants eux-mêmes prennent avec la plus grande facilité.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;

Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;

Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 5 avril 1883.

LA CRITIQUE SCIENTIFIQUE ET LES SAVANTS.

M. Bouley, en réponse à M. Peter, a rompu une nouvelle lance en faveur de la théorie microbienne des maladies infectieuses. Cette discussion nous montre une fois de plus combien il est parfois difficile de séparer de l'homme la doctrine qu'il défend. Sans doute le savant, l'inventeur, se complaît avec raison dans l'œuvre qu'il a créée et dont la paternité lui est douce; mais si cette sorte d'union était tellement intime qu'on ne pût toucher à l'œuvre sans avoir l'air d'attaquer du même coup la personne même de l'auteur, la critique scientifique, condition essentielle de tout progrès, cesserait d'exister.

Dans l'espèce, il n'est personne en France, et même à l'étranger, qui ne rende hommage au savoir, au talent, nous ne craignons pas de dire, avec M. Bouley, au génie de M. Pasteur. Mais l'admiration pour un homme n'emporte pas la croyance à son infaillibilité et si, jusqu'à ce jour, M. Pasteur a poussé assez loin la rigueur expérimentale pour défier les plus ardents des incrédules relativement à l'exactitude des faits qu'il avance, si, par conséquent, on peut et l'on doit accepter ces faits comme entourés de la certitude scientifique, M. Bouley lui-même reconnaît que, sur leur interprétation, M. Pasteur peut se tromper. Cet aveu est bon à retenir, car il justifie la critique et précise le champ dans lequel elle doit s'exercer.

Il est permis de dire, d'une manière générale, que l'enthousiasme immodéré des disciples profite moins à l'œuvre du maître que la réserve de ceux qui pratiquent le doute scientifique ou l'opposition des adversaires. Nous ne pensons pas que le cas de M. Pasteur constitue à ce sujet une exception, et voilà pourquoi, en présence de ses recherches et de ces découvertes, que nul n'admire plus que nous, nous n'avons cessé d'affirmer ici les droits de la critique. En l'exerçant nous-même dans notre modeste sphère, nous l'avons fait constamment reposer sur cette triple base : respect au savant ; acceptation de tout fait expérimental affirmé par lui comme certain ; discussion indépendante des inductions qu'il en tire.

Dr F. DE RANSE.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE FRANCE.

Première journée (1er avril).

Voilà vingt-cinq ans que l'Association générale des médecins de France, toujours vivace, toujours bienfaisante, répand autour d'elle ses libéralités et son action moralisatrice. C'est ce qu'a pu affirmer, dimanche dernier, devant un auditoire d'ailleurs aussi clairsemé que sympathique, M. le président Henri Roger.

FEUILLETON

Ouvrages du professeur J.-G. Cloquet.

Nous donnons ci-après la liste, aussi complète que possible, des ouvrages du professeur J. Cloquet. Plus d'un lecteur, nous n'en doutons pas, trouvera dans cette liste des renseignements utiles.

1811. — Vice de conformation de la vessie (exstrophie) chez un enfant de treize ans (Bulletin de la Faculté de médecine).

1817. — Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen (Thèse de doctorat), in-4 avec 4 pl.

1818. — Mémoire sur le muscle crémaster. (Journal de médecine, chirurgie et pharmacie, mai.) — Mémoire sur la membrane papillaire et la formation du petit cercle artériel de l'iris (Mémoire lu à l'Académie des sciences), ibid., août. — Anatomie des vers intestinaux, ascaride lombricoïde et échinorhynque géant (Ouvrage couronné par l'Académie des sciences. V. Comptes rendus de l'Académie, 1819). — Description de diverses pièces d'anatomie pathologique recueillies par MM. A. Béclard et J. Cloquet (Bulletin de la Faculté de médecine, t. V). — Hydropisie du périoste, avec décollement des épiphyses chez un fœtus hydrocéphale (Ibid.). — Anomalie de conformation du cœur et de la veine cave supérieure observée sur le cadavre d'un supplicié et présentée à la Faculté de médecine par MM. A. Béclard et J. Cloquet (Ibid.). — Hydrocèle concrète; hydrocèle contenant des cristaux d'adipeire (Ibid.). — Mémoire sur les ulcérations des intestins (Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, janvier et février). — Etranglement intestinal par un long appendice de l'iléon suivi de la mort du malade (Bulletin de la Faculté de médecine, t. V). — Rétention d'urine par un calcul arrêté dans l'urèthre au-dessus d'un rétrécissement (Journal de médecine, chirurgie et pharmacie). — Contracture de la vessie et incontinence d'urine (Ibid.).

1819. — De l'influence des efforts sur les organes renfermés dans la cavité thoracique, mémoire suivi d'observations sur l'emphysème en général, sur les hernies du poumon, etc., in-8. — Exostose de l'épine du pubis (Bulletin de la Faculté de médecine, t. VI). — Suppuration et destruction complète de la symphyse du pubis (Ibid.).

Il a débuté par un hommage délicat rendu aux morts illustres que l'Association a perdus : à Woillez, ce dévoué serviteur de la science, exact et sincère dans ses recherches et dans ses écrits et, qui, sur la fin de sa vie, battu par le malheur, a su fouiller avec un grand courage l'inconnu de notre destinée; à Jules Cloquet, savant presque encyclopédique, opérateur élégant et habile, esprit fin et lettré, séducteur de la parole, qui possédait surtout la bonté, ce charme de tous les âges, la grâce suprême du vieillard; à Amédée Latour, enfin, qui fut un des créateurs et un des plus éloquents défenseurs de l'Association. M. Roger a eu un mot heureux qui, nous l'espérons, ira à son adresse. Après avoir dit que Mme Cloquet s'était associée toujours avec grâce aux libéralités de son mari pour notre œuvre, il a exprimé l'espoir, dans l'intérêt de nos confrères malheureux, qu'elle aurait aussi la « constance » de sa générosité.

A propos d'Amédée Latour, M. Roger s'est dit convaincu que l'Association reporterait sur sa veuve la pension qu'elle avait votée pour lui l'an dernier, et l'assemblée a applaudi; elle a compris que la dette contractée envers le spirituel et vaillant secrétaire perpétuel n'était pas éteinte par la mort.

M. Roger a mis beaucoup de bonne grâce et d'humour attendrie à nous détailler les dons si divers et si importants que l'Association a reçus des favorisés de la profession, Ricord, Broca, Foville, Grancher, Bonnafont, Lannelongue, Vidal. La famille Bancel, le fils de M. Davaine, ont eu leur part pour les libéralités faites au nom des êtres chers qu'ils ont perdus; les étudiants de Montpellier, qui ont envoyé à la Caisse des retraites le reliquat d'une fête donnée par eux (600 francs), ont mérité les éloges de l'orateur et les bravos de l'assistance. C'est un pas en avant du département de l'Hérault, le seul jusqu'ici réfractaire à l'agrégation; cette année même, d'ailleurs, la Société locale de Béziers s'est agrégée à l'Association générale. Montpellier suivra bientôt. Une vieille fille, cliente de M. Potain, qui s'était confiée à l'homœopathie et... qui en est morte, a laissé comme souvenir à son ancien médecin un legs de 10,000 francs dont celui-ci a fait deux parts, l'une à la souscription pour la statue de Laënnec, l'autre, la plus grosse, à la Caisse des pensions.

Enfin, M. Roger a terminé son discours en remettant lui-même à M. Brun une somme de 1,500 francs, que ce caissier, « heureusement inamovible, » a immédiatement acceptés.

Ce dernier s'est levé à son tour, et en termes très clairs a raconté la fortune de l'Association, sur laquelle je dirai un mot tout à l'heure. Ce que la gestion de notre sympathique trésorier demande de travail et de sollicitude scrupuleuse, M. Bucquoy, chargé de l'examen de cette gestion, a su le dire sans tomber dans l'écueil de « l'admiration naturelle. »

On attendait le rapport de M. Foville, secrétaire général, nouvellement nommé. C'était une première ! M. Foville est un esprit sérieux, il met chaque chose à sa place, et dit pour chaque chose le mot qui convient. Il n'a pas l'ingéniosité de son prédécesseur, ce tour élégant et quelquefois un peu cherché de la phrase; son style est net et sobre, sa diction simple et sans emphase; il a, du premier coup, conquis tous les suffrages.

Son rapport tiendra dix-huit pages de l'Annuaire; je ne saurais donc l'analyser en quarante lignes.

Après un mot de regret aux morts de l'année,— il y en a eu cent cinquante,—un mot de bienvenue aux conquêtes nouvelles de l'œuvre, qui a aujourd'hui 8,250 membres, répartis en 96 sociétés locales (on a gagné cette année 470 membres), M. Foville a repris les chiffres de M. Brun et dit la fortune de l'Association; on peut la résumer ainsi :

Avoir des sociétés locales............	818.470 98
Avoir de la Caisse des retraites, à laquelle M. Brun a pu faire en bloc un versement de 60,000 fr. cette année, intérêts compris....................	766.487 90
Avoir de la Caisse centrale............	88.792 93
C'est un total de	1.673.751 81

qui, avec les rentes constituées au profit tant de la Caisse des retraites que des Caisses locales, fait monter la fortune de l'Association à près de 1,700,000 fr.

Quant aux secours alloués en 1882, en voici le relevé approximatif :

66 pensionnaires ont reçu.........................	27.800 fr.
111 veuves, filles ou mères de sociét. ont reçu.	25.960
49 sociétaires ont reçu..............................	12.150
47 personnes étrangères ont reçu............	1.650
Total..................	67.560 fr.

En outre, l'Association a adopté neuf pupilles, et elle pourvoit à leur éducation.

— Vice de conformation du cœur (Ibid.). — Tumeur des méninges (Ibid.). — Hernie des viscères abdominaux à la suite d'un écrasement de l'abdomen par les roues d'une voiture de train d'artillerie (Ibid.). — Luxation de la rotule en dehors par l'action musculaire dans un cas de conformation vicieuse de l'articulation fémoro-tibiale. — Cataracte à trois branches. — Modifications des ligaments ronds de l'utérus pendant la grossesse (Thèse de concours de chirurgien de l'hôpital Saint-Louis). — De la squelettopée ou de la préparation des os, des articulations et de la construction des squelettes, in-4. — Exostose de l'épine du pubis (Bulletin de la Faculté de médecine, t. VI). — Suppurations et destruction complète de la symphyse des pubis (Ibid.). — Vice de conformation du cœur (Ibid.). — Tumeur des méninges paraissant formée par l'épaississement des tuniques des veines et l'hypertrophie des glandes de Pacchioni (Ibid.).

1820. — Mémoire sur l'existence et la disposition des voies lacrymales dans les serpents. (Mémoires du Museum d'histoire naturelle, t. VII, p. 62.) — Tumeur formée par l'hypertrophie de la partie postérieure des cartilages de la symphyse des pubis. (Bulletin de la Faculté de médecine, t. VII.) — Concrétion membraneuse tubulée, développée dans la bronche gauche et ses principales divisions, chez une femme de 36 ans, morte d'une péripneumonic chronique. (Ibid. et Nouveau journal de médecine.) — Arrêt de développement de la matrice : Absence de menstruation chez une fille vierge, âgée de 22 ans, polype des fosses nasales. Carcinôme de la glande lacrymale. (Ibid.) — Grossesse extra-utérine péritonéale (Ibid.) — Fracture du crâne avec enfoncement des fragments et compression permanente du cerveau. (Ibid.) — Mémoire sur les fractures par contre-coup de la mâchoire supérieure, lu à la Société de médecine, avec une planche. (Nouveau journal de médecine) — Deux observations de fractures des os coxaux, suivies de guérison. Fracture du sacrum à la suite d'une chute dans un escalier, suivie de guérison. Fracture des os du bassin, compliquée de luxation du sacrum, de rupture de la vessie et d'épanchement d'urine dans la cavité du péritoine : terminaison fatale. (Bulletin de la Faculté de médecine.) — Fracture de l'extrémité sternale de la clavicule, compliquée de luxation. (Journal de médecine, chirurgie et pharmacie, t. VII.) — Luxations spontanées des articulations phalangienne et métatarso-phalangienne du gros orteil par suite de la déformation des surfaces ar-

Ces résultats sont brillants, et cependant que de détracteurs a encore l'agrégation à l'Association générale ! Nul n'a mieux répondu à ces critiques que le trésorier de la Société de la Gironde, lorsqu'il a montré que si sa Société avait la libre disposition des 28,211 fr. qu'elle a versés à l'Association générale, elle n'aurait pu avoir que 1,000 fr. environ de rente annuelle, tandis que maintenant les sociétaires pensionnés de la Gironde avaient reçu de la Caisse centrale des titres de rente pour une valeur de 2,100 fr.

C'est un argument sans réplique, et nous y reviendrous quand nous parlerons du rapport de M. Durand-Fardel sur les pensions à distribuer cette année. Et d'ailleurs, si l'on veut que la Caisse des pensions soit riche, il faut que les dons généreux qui, cette année, se sont élevés à 16,000 fr., se multiplient, il faut que les Sociétés locales versent à cette Caisse leur superflu. M. Foville se demande en effet pourquoi certaines sociétés thésaurisent.

« A partir du moment où les besoins actuels d'une Société sont largement assurés, à quoi peut servir l'accroissement progressif de la réserve? Pourquoi laisser s'accumuler dans une Caisse locale des fonds qui n'y ont aucun emploi ? Pourquoi ne pas verser l'excédent de chaque année dans la Caisse des retraites ? Rien ne serait moins dangereux, car s'il survenait quelque besoin local exceptionnel, il serait toujours facile d'y pourvoir. »

M. Foville a abordé avec beaucoup de crânerie et de sincérité la question des syndicats qui est à l'ordre du jour : il a, dès le début de son argumentation, lavé l'Association du reproche d'impuissance que beaucoup lui adressent.

Sans doute l'Association ne peut pas ester en justice pour la répression de l'exercice illégal, mais chaque membre peut individuellement se porter partie plaignante. M. Foville a cité des exemples de l'efficacité de cette procédure ; il a montré aussi l'Association intervenant officieusement à Toulouse auprès du parquet pour obtenir la poursuite de faits de charlatanisme éhonté. Il a montré l'Association locale intervenant avec succès auprès des autorités dans des questions de bureaux de bienfaisance, d'inspection des enfants du premier âge, d'inspection des écoles, d'hygiène publique, etc. ; et le Conseil général lui-même donnant l'appui de sa compétence et de son autorité dans des conflits graves, dans des revendications en responsabilité pécuniaire (à Cherbourg).

Le rôle de l'Association est donc celui-là ; il est suffisant, il est efficace. Pourquoi chercher à créer d'autres associations sous le nom de syndicats ? on les tolère aujourd'hui ; les tolérera-t-on demain ?

Ce qui dans l'organisation des syndicats paraît le plus redoutable à M. Foville, c'est l'abdication de toute indépendance que la plupart de ces associations exigent des médecins qui doivent en faire partie ; on impose à chaque membre de syndicat des statuts inflexibles touchant les questions délicates d'honoraires, de conduite professionnelle, de dignité médicale. Dans l'esprit de quelques-uns de ces syndicats, quiconque ne se soumettrait pas à ce niveau sévère serait impitoyablement rejeté du sein de la grande famille ; d'autres syndicats ne croient pas devoir refuser aux sociétaires une sorte d'indépendance ; leurs règles sont moins rigides. Un grand nombre, d'ailleurs, ne combattent pas l'Association générale et ses ramifications ; ils vont jusqu'à n'admettre dans leur sein que des médecins faisant déjà partie d'une société locale.

Pour ma part, je ne vois pas d'un œil hostile ces tentatives nouvelles ; sans trouver défectueuse l'organisation de notre grande Association, je n'ai garde de jurer servilement qu'elle est parfaite. Le voisinage des syndicats aiguillonnera certaines apathies, refrénera certains zèles exubérants ; de ce mouvement généreux, de ce besoin d'union et de solidarité, il sortira, après expérience faite, des enseignements utiles. Sachons attendre.

Après le rapport de M. Foville, nous avons eu à écouter un éloge d'Amédée Latour par le docteur Gallard, qui fut son collaborateur et son ami. Le panégyrique est chaudement écrit, un peu trop fouillé peut-être dans les détails. L'aimable et originale figure du spirituel rédacteur de l'UNION MÉDICALE n'est pas de celles qu'un crayon trop méticuleux et trop exact peut faire ressortir ; il fallait pour ce portrait du médecin-journaliste qui a honoré la médecine et la presse une main plus légère.

Sans doute, nous voulions savoir que, dès 1845, avant et après le Congrès médical de cette époque, qui fut un événement considérable, Amédée Latour posa les bases de l'Association générale, se fit l'apôtre d'un mouvement auquel contribuèrent les médecins de la Gironde et que Rayer, grâce à ses relations, put faire aboutir ; mais cette démonstration

ticulaires dans une affection arthritique. (Journal de médecine, chirurgie et pharmacie, t. VII.) — Destruction complète du corps de la deuxième, troisième et quatrième vertèbre lombaire, avec gibbosité peu prononcée. (Ibid.) — Tumeur formée par l'hypertrophie de la partie postérieure des cartilages de la symphyse des pubis. (Bulletin de la Faculté de médecine, t. VII.) — Anévrysme des cavités gauches du cœur ; ulcères syphilitiques à l'origine de l'aorte. Kyste pilifère dans la fosse iliaque droite. (Bulletin de la Faculté de médecine. Ibid.)—Anatomie de l'homme, ou description et figures lithographiées de toutes les parties du corps humain. 5 vol. gr. in fol. et 300 pl. — Autre édition augmentée, sous le titre suivant : Manuel d'anatomie descriptive du corps humain. 3 vol. gr. in-4o avec 340 pl., 1825-1836. Traduit en anglais, par J. Godman Boston, 1827. — Mémoire sur la hernie vulvaire suivi de réflexions touchant la nature et le traitement de cette maladie, lu à l'Académie de médecine. (Nouveau journal médical, t. X.)

1822. — Développement du cristallin. Canal hyaloïdien. Canal godronné de Petit. (Nouveau dictionnaire de médecine). Mémoire sur les calculs urinaires. In-4o avec atlas de 70 planches. (Mémoire couronné par l'Académie des sciences.)

1823. — Deux tumeurs anévrysmales considérables de l'aorte chez un malade mort par suite de la rupture de l'une de ces tumeurs. (Archives générales de médecine, t. I.) — Du scorbut qui se manifeste d'une manière locale pendant le traitement des fractures et s'oppose à leur consolidation (Ibid. et journal général de médecine, t. LXXXV.) — Note sur les ganglions. (Archives générales de médecine, t. IV.) — Luxation de la colonne vertébrale compliquée de fracture et suivie de guérison. (Nouvelle bibliothèque médicale, t. II, en collaboration avec Pailloux).

1824. — Soudure de la seconde vertèbre cervicale avec l'occipital et pénétration de l'apophyse odontoïde dans le grand trou occipital (Archives générales de médecine, t. IV, p. 145). — An in curandâ oculi suffusione lentis cristallinæ (vulgo cataracte) extractio hujus depressione prœstantior ? (Thèse de concours d'agrégation.)

1825. — Procédé pour l'opération du phimosis. (Bulletin de l'Académie de médecine, séance du 15 décembre.)

1826. — Traité de l'acupuncture d'après les observations de M. J. Cloquet, et publié sous ses yeux par le docteur Dantu. In-8. — De l'emploi de l'acétate d'ammoniaque dans les cas d'ame-

me paraît avoir été trop rigoureusement faite ; on aurait dit un théorème de géométrie.

Ce mot de critique ne saurait affaiblir cependant le mérite de M. Gallard ; il nous a bien fait connaître celui qu'il voulait peindre, et que nous connaissions déjà ; et peut-être ce scrupule dans la ressemblance était-il nécessaire pour faire apprécier Latour de ceux qui ne le connaissaient pas.

Ainsi finit la longue séance de dimanche au grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

Le soir, c'était le traditionnel banquet. Il était, ce semble moins nombreux que de coutume. Peu de Parisiens à cette fête de famille qui a le tort de suivre de trop près le banquet de l'internat.

Faut-il raconter les toasts ? M. Roger a souhaité par un mot charmant la bienvenue aux délégués ; l'un d'eux, le docteur Laënnec, de la Loire-Inférieure, a répondu par un toast improvisé et plein de cœur, en buvant à la santé du président de notre Association. Puis, M. Foville a très adroitement amené un toast de M. Betoland, le savant avocat, qui, en s'abritant sous le souvenir de Bethmont, si sympathique aux médecins, a su dire à ceux-ci d'aimables compliments, sans trop les faire rougir.

Nous vous raconterons dans huit jours ce que l'on a fait lundi à la séance « d'affaires ».

Dr C. DELVAILLE.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DES RAPPORTS DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE AVEC LA SYPHILIS, par le docteur F. DE RANSE.

La question des rapports de la syphilis avec les affections médullaires, en particulier avec l'ataxie locomotrice, est plus que jamais à l'ordre du jour depuis les communications de Erb, Gowers, etc., au Congrès de Londres, et la publication de l'important ouvrage de M. Fournier. Or il importe avant tout, et c'est ce qu'ont négligé la plupart des auteurs, de bien définir ces rapports. On ne se garde pas assez en médecine du sophisme : *cum hoc, ou post hoc, ergo propter hoc*. Des phénomènes tabétiques se développent chez un sujet qui a eu la syphilis ; on en conclut immédiatement que ces phénomènes sont d'origine ou de nature syphilitique. Voilà deux expressions, *origine* et *nature*, que l'on confond trop souvent, et dont la distinction, dans l'espèce, est d'une haute importance. L'origine est la cause plus ou moins immédiate et la nature l'essence même, la condition propre d'un processus morbide ; je ne dis pas que la première ne puisse agir sur la seconde pour la modifier dans une certaine mesure et lui imprimer un caractère particulier, mais il est contraire à une saine logique d'identifier ces deux termes et de les substituer indifféremment l'un à l'autre. Une pneumonie de cause ou d'origine traumatique pourra présenter dans son évolution quelques différences avec la pneumonie *à frigore*, et le praticien en devra tenir compte ; mais la nature phlegmasique est la même de part et d'autre.

Prenons un autre exemple qui nous rapprochera de notre sujet. Les myélites par compression sont assez fréquentes et les causes qui amènent la compression, puis l'altération de la moelle sont diverses : ici c'est un traumatisme, là un mal de Pott, ailleurs une exostose syphilitique, plus loin une production cancéreuse, etc. ; dans tous ces cas le processus de la myélite reste le même et il ne vient à l'idée de personne de distinguer des myélites par compression, de *nature* traumatique, tuberculeuse, syphilitique, cancéreuse, etc. Eh bien, de même l'ataxie locomotrice peut être d'origine syphilitique, sans être de nature syphilitique.

Le tabes, chacun le sait, est tantôt primitif, tantôt secondaire. La plupart de ceux qui admettent un tabes syphilitique semblent oublier cette origine deutéropathique de la maladie et c'est là la cause principale des malentendus et des erreurs. On peut observer des accidents tabétiques consécutivement aux différentes affections ou lésions de la moelle ; ils se produisent toutes les fois que le processus morbide atteint les bandelettes externes des cordons postérieurs. Dans les cas de compression de la moelle, de myélite diffuse, les handelettes externes peuvent être directement intéressées, comme toutes les autres régions de la moelle, au siège même de la lésion mais elles le sont aussi parfois plus ou moins loin de la lésion primitive par l'extension à leur propre tissu de la sclérose descendante des cordons latéraux ou de la sclérose ascendante des cordons de Goll. C'est ainsi qu'on peut observer des accidents tabétiques dans les membres inférieurs à la suite de lésions cérébrales déterminant une sclérose descendante, et

---

norrhée et de coliques aux époques de la menstruation. (Archives générales de médecine, t. XII.) — Plaie de l'intestin grêle ; entéroraphie ; guérison. (Nouvelle bibliothèque médicale, novembre.) — De la cautérisation par le nitrate acide de mercure. (Archives générales de médecine, t. XVI.)

1827. — Fistules urinaires guéries par un nouveau procédé opératoire. Leçons cliniques. (Archives générales de médecine, t. XIV.) — Guérison spontanée d'un anévrysme de l'artère sous-clavière droite. (London medical and physical Journal, t. LVIII.) — Observation d'une division de la trachée-artère. (Ibid.) — Ablation d'une tumeur cancéreuse de la jambe chez une jeune fille de dix ans. (Ibid.) — Amputation de la mâchoire inférieure dans un cas d'affection cancéreuse ; guérison. (Ibid.) — Extirpation de la glande sous-maxillaire devenue squirrheuse chez une jeune fille de seize ans ; guérison. (Ibid.) — Ligature de la langue pratiquée par la région sus-hyoïdienne. (Ibid.) — Examen anatomique d'un développement anormal des mamelles chez l'homme. (Ibid., t. XVI.)

1829. — Recherches pathologiques sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales. In-4 avec 10 pl., traduit en anglais par Mac Whimnie, 1835. C'est la deuxième partie ou le complément de la thèse de 1817. — Fractures comminutives des os de l'avant-bras. (Archives générales de médecine, t. XIX.) — Résorption des deux tiers supérieurs du corps de l'humérus, à la suite d'une fracture non consolidée ; homme adulte. (Ibid.) — Fracture comminutive des os de l'avant-bras, occasionnée par le passage d'une roue de voiture, guérie après l'extraction d'une vingtaine d'esquilles. Ecrasement de l'avant-bras par une roue d'engrenage ; fracture comminutive, en trois endroits, du cubitus et du radius ; dilacération de la peau et des muscles ; guérison obtenue sans difformité très sensible du membre. (Archives générales de médecine, t. XIX.) — Résorption des deux tiers supérieurs du corps de l'humérus, à la suite d'une fracture non consolidée ; homme adulte. (Ibid.)

(A suivre.)

A. DUREAU.

ERRATUM. — No du 2 mars 1889. Il manque une ligne à la fin de la dernière colonne du feuilleton, page 100. Après le discours de M. Gosselin, il faut ajouter : « au nom de la Société de chirurgie, par M. Guyon ; au nom de l'Association générale des médecins de France, par M. H. Roger, » et suivre.

dans les membres supérieurs consécutivement à une lésion sitoée à la partie inférieure de la moelle épinière.

Sans doute, ces accidents ne présentent pas on présentent rarement l'ensemble symptomatique de l'ataxie locomotrice primitive. Mais celle-ci est loin aussi d'offrir toujours réunis les différents symptômes dont le cortège ou la succession la caractérise. Les formes frustes sont fréquentes ; je dirai même qu'elles sont en quelque sorte obligatoires ; car, dans sa longue et lente évolution, l'ataxie locomotrice parcourt différentes phases auxquelles correspondent telles lésions, tels symptômes ; et ce n'est, par conséquent, qu'à un terme avancé de cette évolution que la symptomatologie peut être complète.

Mais je vais plus loin : ces phénomènes tabétiques, que l'on rencontre dans certaines affections de la moelle ou du cerveau, ne sont pas toujours aussi accidentels et ne restent pas aussi circonscrits que je le supposais plus haut. Si, en effet, la lésion secondaire des bandelettes externes dont ils sont l'expression reste souvent limitée, elle peut aussi gagner du terrain, s'étendre à une partie plus ou moins grande de ces faisceaux, reproduire en un mot les altérations qu'ils présentent dans l'ataxie primitive et dès lors on assiste à l'évolution d'une ataxie secondaire dont la symptomatologie ne saurait différer de celle du tabes protopathique.

En résumé, on doit distinguer :

1o Une ataxie locomotrice primitive.

2o Une ataxie locomotrice secondaire à évolution en tout semblable à celle de la première.

3o Des phénomènes tabétiques, symptomatiques d'autres affections ou lésions des centres nerveux, variables comme expression, intensité, durée, mais n'évoluant pas suivant le type de l'ataxie locomotrice progressive.

Cela posé, quand on étudie les rapports de l'ataxie locomotrice avec la syphilis, il faut se demander :

1o Si la syphilis peut donner d'emblée naissance à l'ataxie primitive, au même titre qu'elle produit une gomme ou un syphilome ;

2o Si elle donne lieu à une ataxie secondaire offrant d'ailleurs dans son évolution le type classique ;

3o Si elle ne produit que de simples phénomènes tabétiques dus à une lésion accidentelle et limitée des bandelettes externes.

Je dirai de suite, pour justifier la distinction établie plus haut entre les termes nature et origine que, dans le premier de ces trois cas seul, on serait autorisé à considérer l'ataxie comme *de nature spécifique*. Dans les deux autres, la cause spécifique a agi, mais les phénomènes et les lésions qui se déroulent consécutivement sont d'ordre ou de nature vulgaire. En un mot, s'il y a une ataxie syphilitique, cette épithète ne convient qu'à l'ataxie primitive.

En exposant cette manière de voir, je ne fais qu'appliquer à la moelle ce que M. Fournier a établi pour le cerveau. Suivant lui, en effet, les lésions cérébrales de la syphilis sont de deux ordres : 1o primitives et spécifiques, 2o consécutives et vulgaires (1). Le cerveau est affecté bien plus souvent secondairement que primitivement ; « donc, dit-il, les lésions cérébrales proprement dites sont bien plus fréquemment d'ordre vulgaire que d'ordre spécifique. »

En est-il différemment pour la moelle ? C'est ce que je vais examiner.

(1) Alfred Fournier. *La syphilis du cerveau.*

Suivant les anatomo-pathologistes, les lésions syphilitiques de la moelle, sur lesquelles, par parenthèse, les documents ne sont pas très nombreux, sont les unes diffuses (méningite, sclérose médullaire diffuse), les autres circonscrites (gommes, nodules, syphilomes des méninges ou de la moelle). Dans les faits les mieux observés, on note des syphilomes des méninges (Rosenthal), des gommes (Mac-Dowel, Wagner, Hale), une myélite diffuse (Moxon, Lancereaux), des foyers disséminés dans la moelle et le cerveau (Charcot et Gombault), une induration diffuse de la moelle (Lancereaux et Potain), un ramollissement de la moelle (Caizergues), etc. Dans la plupart de ces cas, sinon dans tous, l'autopsie a révélé soit dans les centres nerveux, soit dans d'autres parties de l'organisme, des lésions multiples ne laissant aucun doute sur leur nature syphilitique.

Il est facile de comprendre que les lésions qui précèdent aient atteint dans certains cas les bandelettes externes des cordons postérieurs, et que les malades aient ainsi présenté des symptômes tabétiques. On peut admettre aussi que, une fois ces bandelettes frappées de sclérose dans un point plus ou ou moins limité, le processus morbide, sous l'influence d'une prédisposition particulière, se soit étendu le long des faisceaux postérieurs d'une manière analogue à la sclérose descendante dans les cordons latéraux, ou à la sclérose ascendante dans les cordons de Goll. Mais, en pareil cas, la lésion syphilitique primitive n'a été que la cause occasionnelle, le *primum movens* du processus scléreux : celui-ci reste d'ordre vulgaire et l'on assiste, en définitive, au développement d'une ataxie locomotrice banale. Ainsi se trouvent justifiés et expliqués, de par l'anatomie pathologique l'ataxie locomotrice progressive secondaire et les phénomènes tabétiques accidentels qu'on peut observer à la suite de lésions syphilitiques de la moelle.

Une pareille justification fait défaut en ce qui concerne l'ataxie locomotrice primitive. Dans les faits que j'ai mentionnés, la sclérose fasciculée des cordons postérieurs ne figure pas au nombre des lésions primitives que l'autopsie a révélées comme de nature essentiellement spécifique ; d'un autre côté, si l'on parcourt les observations d'ataxie locomotrice suivies de nécropsie, on ne trouve pas, on l'on ne trouve qu'exceptionnellement des lésions spécifiques associées à la sclérose fasciculée des bandelettes externes. Cette sorte d'exclusion des deux ordres de lésions à l'égard des unes des autres constitue déjà une présomption à l'encontre de la spécificité de la lésion tabétique. Mais ce n'est pas tout, et la présomption s'accroît et se confirme si l'on considère les divergences qui existent dans la marche des deux processus. La syphilis médullaire est diffuse ou circonscrite ; la sclérose tabétique est fasciculée. La syphilis médullaire atteint primitivement les éléments connectifs, elle est interstitielle ; la sclérose tabétique atteint primitivement les éléments nerveux, elle est parenchymateuse. Ce sont là des différences capitales qui établissent une ligne profonde de démarcation entre la syphilis médullaire et l'ataxie primitive, et sur laquelle les partisans de la spécificité de cette ataxie me semblent passer trop légèrement. Ils sentent d'ailleurs leur faiblesse sur ce terrain de l'anatomie pathologique, aussi appellent-ils leurs adversaires sur celui de la clinique. Nous allons les y suivre.

(*A suivre*).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Des névroses du nerf vague, par le professeur Pribram (de Pragne) (1). — Contribution a l'étude des névroses du nerf vague, par L. Kredel (2). — Contribution a l'étude des névroses motrices du cœur, par le professeur Winternitz (de Vieune) (3).

M. Pribram rappelle les principanx exemples connus de névrose du nerf vague, offrant comme caractères : une accélération de la respiration et des contractions cardiaques, de l'emphysème aigu et une dilatation aiguë du cœur, tous phénomènes survenant sous forme d'accès; le fait suivant qu'il relate ensuite rentre, par certains côtés, dans le même groupe :

Une dame de trente ans, sans antécédents héréditaires névropathiques, était depuis plusieurs années sujette à des accès de palpitations, survenant à des intervalles plus on moins longs, presque toujours sons l'influence de quelque émotion morale. L'auteur a été témoin d'un pareil accès, pendant leqnel il put compter jusqu'à 200 battements du pouls à la minute; le rythme des pulsations était d'ailleurs régulier. La femme était plus pâle que d'habitude; sa respiration était calme et régulière. Pendant cinq jours, la vitesse du ponls se maintint entre 220 et 240. La femme ne se sentait pas trop mal à l'aise; elle mangeait d'un bon appétit et dormait d'un sommeil calme. Le sixième jour, la situation s'aggrava subitement; le pouls devint encore plus rapide, *battant jusqu'à 300 fois à la minute ;* il était à peine perceptible au toucher. Les veines du cou étaient fortement distendues; l'auscultation du cœur ne laissait entendre que des hruits sourds; à l'auscultation des poumons, on percevait, aux deux bases, des râles crépitants. La femme éprouvait la sensation d'une lipothymie imminente; il lui semblait que quelque chose allait éclater dans son cou, puis tout à coup la fréquence dn pouls redevint normale et l'accès prit fin.

M. Pribram fait remarquer que c'est la première fois qu'on a relevé des tracés sphygmographiques d'un pouls atteignant une fréquence de 300 à la minute; avec une telle accélération des battements cardiaques, la quantité de sang qui s'échappe du cœur à chaque systole doit être minime; le sang doit donc s'accumuler dans les cavités du cœur et dans les veines, et la pression s'abaisser dans les vaisseaux. Or on admet que toute diminution de la pression intra-artérielle entraîne une diminution dans l'abondance des sécrétions, et la femme en cause rendait pendant la durée de son accès de 500 à 600 cc. d'urine dans les vingt-qnatre henres, chiffre qui ne s'écarte pas notablement de l'état physiologique. Incidemment, M. Pribram se demande si c'est bien la pression intra-artérielle qui règle la sécrétion rénale, si ce ne serait pas plutôt la richesse de l'urine en urée et autres principes excrémentitiels et aussi la vitesse du cours du sang? Il est dit aussi que l'urine de cette femme ne renfermait pas d'albumine pendant l'accès.

M. Pribram n'hésite pas à rapporter les troubles cardiaques paroxystiques présentés par sa malade, à une affection du nerf vague, sans participation des filets sensitifs, pulmonaires et à une névrose, étant donnée l'instantanéité avec laquelle se dissipaient les accidents. La fin des accès était annoncée par de la raucité de la voix, preuve que le nerf vague était intéressé au-dessus de l'émergence dn récurrent. La thérapeutiqne s'est montrée impuissante; l'administration de la digitale a fait plus de mal que de bien. L'application du conrant faradiqne sur le trajet du nerf vague n'avait aucune influence sur la fréquence dn pouls, au moment des accès; une fois, pourtant, la malade se sensit prise de malaise, au moment de la faradisation; elle se mit à pousser un cri et peu après le pouls diminua de fréquence.

—M. Kredel rapporte trois observations de névrose du nerf vague, tirées du service du professeur Riegel, de Giessen; dans ces trois cas des troubles de l'innervation cardiaqne coïncidaient avec des troubles respiratoires.

La première de ces observations a déjà été publiée par M. Tuczek : elle est relative à un homme de 36 ans, porteur de lésions tuberculeuses dans les deux sommets. Cet homme fut pris, la nuit, d'un violent accès de palpitations; la fréquence du pouls se maintint jusqu'au lendemain matin entre 198 et 208; en même temps se développa un emphysème aigu, par suite dnquel la matité précordiale s'était presque entièrement effacée. La respiration était un peu altérée. Le lendemain matin, tout rentra dans l'ordre.

Tuczeck mit ces manifestations paroxystiques sur le compte d'nne compression du nerf vague par des ganglions bronchiques caséifiés et M. Riegel s'est rallié à cette interprétation.

Dans la seconde observation de M. Kredel, il est question d'une jeune fille de 16 ans chez laquelle les accès étaient constitués par les phénomènes suivants : Accélération des mouvements respiratoires (52) et des contractions cardiaques (132-148), dilatation du cœur, emphysème aigu, turgescence de la thyroïde, cyanose. An bout de dix minutes survenait de la toux, avec expectoration de crachats spumeux, sanguinolents; à l'auscultation, râles gros et fins dans toute l'étendue des poumons.

Enfin, une troisième et dernière observation de Kredel a trait également à une jeune fille de 16 ans, qui, sans motif appréciable, fut prise, certain jour, de frisson, de chaleur à la peau, avec dyspnée, céphalée, envies de vomir. A l'examen objectif, il fut impossible de constater autre chose que les signes d'un emphysème pulmonaire avec accélération du pouls (130), râles sibilants disséminés. La température interne marquait 38°. Des quintes de toux fréquentes et doulonreuses n'étaient suivies que d'une expectoration peu abondante d'un mucus très visqueux. Le lendemain, il ne restait plus, de toutes ces manifestations, que l'accélération du pouls (140). C'est seulement quatre jours plus tard que la fréquence du pouls était redevenue normale.

L'auteur propose denx explications pour rendre compte de ces troubles paroxystiques qni affectent simultanément les appareils respiratoire et circulatoire : admettre qu'il existe à la fois une paralysation des filets cardiaques du nerf vague et une excitation des filets pulmonaires; on bien, partir des expériences de M. Hering (1), qui démontrent qu'une augmentation de pression dans les alvéoles pulmonaires entraîne un abaissement de la pression intravasculaire et une accélération du pouls, pour conclure que, dans les faits cliniques relatés plus hant, le phénomène primordial résidait dans une excitation des filets sensitifs, pulmonaires, du pneumo-gastriqne; cette excitation retentissait sur le centre cérébral des nerfs d'arrêt dn cœur, pour provoquer, par voie réflexe, l'accélération des mouvements de cet organe.

(1) Wiener medic. Wochenschr., 1882, n° 22.

(2) Deut. Archiv. fur klin medicin, t. XXX, fasc. 5 et 6, page 547.

(3) Berliner klin. Wochenschrift, 1883, nos 7 et 8.

(1) Hering, Sitzungsberichte der Kais. Akademie der Wissensch., t. LXIV.

L'une et l'autre de ces deux théories prêtent à des objections sérieuses qu'il serait trop long d'examiner ici.

— M. Winternitz (de Vienne) a eu l'occasion de voir une femme de 41 ans, mère de cinq enfants, qui était sujette à des accès quotidiens de dyspnée, avec angoisse précordiale, constriction pharyngée, spasme douloureux dans le bas-ventre et qui remontait de bas en haut. Ces accès revenaient de préférence le matin; ils étaient accompagnés d'une accélération énorme du pouls (230-260) et d'une dilatation aiguë du cœur; vers la fin de la crise, cet organe exécutait quelques contractions très énergiques se succédant lentement et tout rentrait dans l'ordre. Une foule de médications furent employées sans résultat; une nouvelle grossesse débarrassa la femme de ses accès.

Deux autres observations de M. Winternitz ont trait à l'irritabilité du cœur, qui se manifeste sous l'influence des émotions psychiques par une accélération considérable des contractions cardiaques. L'une de ces observations se rapporte à un employé abusant du tabac à fumer et adonné aux excès vénériens, chez lequel une simple pression exercée sur la portion dorsale du rachis faisait éclater un accès de palpitations.

Incidemment, M. Winternitz fait savoir que parmi les pratiques de la gymnastique dite suédoise, il en est une de l'efficacité de laquelle il a été témoin dans un cas de goître exophthalmique et qui consiste à provoquer le ralentissement du cœur, en hachant en quelque sorte avec le rebord de chaque main, de haut en bas, la région dorsale de chaque côté de la ligne médiane.

E. Ricklin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 mars 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

Chimie physiologique. — Dosage des matières extractives et du pouvoir réducteur de l'urine. — Note de MM. Etard et Ch. Richet, présentée par M. Vulpian.

Quoique l'urée ne représente que 75 pour 100 des matériaux organiques de l'urine, presque tous les dosages faits dans la pratique médicale, disent les auteurs, ne sont que des dosages de l'urée. Il serait cependant important de ne pas négliger le dosage des autres substances; car, dans certaines circonstances pathologiques, le rapport de l'urée aux matières extractives peut être tout à fait différent de ce qu'il est à l'état normal.

Nous avons imaginé un procédé qui permet, dans une certaine mesure, de combler cette lacune. Ce procédé repose sur la comparaison de l'action du brome sur l'urine, en solution acide et en solution alcaline.

En solution acide, le brome n'attaque ni l'urée, ni la créatine, ni la créatinine, ni l'acide hippurique, ni la xanthine: il attaque l'acide urique et les matières dites extractives.

En solution alcaline, le brome agit sur toutes les substances précitées. En général, on se borne à doser le volume de l'azote qui se dégage dans cette réaction. Mais les matières azotées, autres que l'urée, ou ne donnent pas d'azote, ou en fournissent des quantités insignifiantes: par conséquent, le volume de gaz obtenu ne peut exprimer rien de précis sur la quantité totale des matières organiques, tandis qu'on obtient un meilleur résultat en évaluant le pouvoir réducteur de ces matières vis-à-vis d'une solution donnée d'hypobromite alcalin.

Après quelques détails sur le procédé d'analyse suivi et les résultats obtenus, les auteurs ajoutent:

De nos analyses se dégage ce fait que, chez les différents individus, le rapport entre le pouvoir réducteur de l'urine vis-à-vis de l'hypobromite et vis-à-vis de l'eau bromée varie beaucoup, mais qu'il n'oscille que dans de très étroites limites, même à de longs intervalles de temps, chez le même individu. En tous cas, on ne saurait jamais prévoir, par la richesse d'une urine en urée l'intensité de son pouvoir réducteur.

Il y a, dans cette double analyse, un élément nouveau qui, appliqué à la clinique médicale, pourra servir à l'étude de la désassimilation organique dans les différentes maladies. Par l'hypobromite, on dosera l'urée et les matières organiques; par le brome, on dosera l'acide urique et les matières extractives avides d'oxygène.

Physiologie. — La perception des couleurs et la perception des formes. — Note de M. Aug. Charpentier, présentée par M. Vulpian.

Il y a, suivant l'auteur, deux actions bien distinctes des rayons lumineux sur l'appareil visuel: l'une qui donne naissance à la perception rudimentaire de clarté, à peu près également répandue sur tous les points de la rétine; l'autre qui agit plus facilement au centre de la rétine, et qui donne lieu, d'une part, à la sensation de couleur, d'autre part à la distinction des points lumineux multiples.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 avril 1883. — Présidence de M. Hardy.

Correspondance. — M. le ministre du commerce transmet une note de M. de Caula-Marquiez, relative à un procédé pour la destruction des trichines par la réfrigération. — M. Chavernac (d'Aix) sollicite le titre de membre correspondant. — M. Marage adresse un pli cacheté. (Accepté.)

— M. Dujardin-Baumetz présente, au nom de M. le docteur Deniau, une brochure intitulée: *De l'hystérie gastrique*.

— M. le président donne lecture d'une lettre de M. Peter, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, l'heure de son cours à la Faculté coïncidant avec l'heure des séances de l'Académie.

Suite de la discussion sur la théorie microbienne des maladies infectieuses. — M. Bouley exprime son étonnement de voir M. Peter réfractaire et même opposé au progrès réalisé par les belles découvertes de M. Pasteur. Certes, M. Pasteur peut se tromper dans l'interprétation de certains résultats d'expérience; mais, quand il avance un fait expérimental, il l'entoure de tant de preuves et l'appuie d'un contrôle si sévère que, jusqu'à présent, il n'a pu être convaincu d'erreur par aucun de ses adversaires.

M. Bouley passe en revue les différentes étapes parcourues par la théorie microbienne, étapes qui se mesurent par autant de services rendus à la science. C'est d'abord la découverte de la nature de la virulence: celle-ci est fonction d'un microbe. Puis viennent les procédés de culture des différents microbes, procédés qui permettent de réaliser, avec la plus grande simplicité, ce qui se passe dans l'être vivant et d'étudier ainsi le phénomène de la contagion; enfin, l'atténuation de virus, la plus importante de toutes ces récentes découvertes, et la vaccination qui en est la conséquence.

M. Bouley réfute les statistiques et les faits qu'on a opposés aux résultats des vaccinations animales produits par M. Pasteur et en cite d'autres qui viennent appuyer et confirmer ces résultats. Il résulte de tous ces faits que la mortalité est dix fois plus faible chez les animaux vaccinés que chez les non vaccinés. Au point de vue économique, la question de la vaccination est donc jugée.

Mais quel bénéfice peut retirer l'espèce humaine de la vaccination appliquée aux différentes maladies contagieuses? Sans doute,

comme le suppose avec ironie M. Peter, on ne passera pas sa vie à se vacciner; mais il est des cas, assez nombreux encore, où l'on aurait tort, si l'on avait un vaccin sûr, de se priver ou de priver les autres de ce moyen prophylactique. Quand le choléra fait des hécatombes dans l'Inde, pourquoi n'irait-on pas sur les bords du Gange vacciner les malheureux indigènes? Quand notre armée, pendant la guerre de Crimée, a perdu dix mille hommes du choléra, n'y aurait-il pas eu un immense intérêt à utiliser le même vaccin? Quand nos confrères de la marine vont au Sénégal, victimes déjà marquées du fléau qui y règne si souvent, ne devrait-on pas, si l'on était en possession d'un vaccin approprié, les vacciner contre la fièvre jaune? Ne pourrait-on pas aussi, dans le cas où l'on posséderait le vaccin syphilitique, vacciner les femmes qui vivent de la prostitution? Enfin, si l'on découvre le vaccin de la rage, n'y aura-t-il pas un intérêt public à ce qu'un règlement de police rende obligatoire la vaccination de tous les chiens?

M. Bouley termine par un hommage chaleureux rendu au génie de M. Pasteur, et sa péroraison est accueillie par de vifs applaudissements.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mars 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Hypertrophie des petites lèvres.—Communication de M. Pamard (d'Avignon).

Une femme de trente ans, mariée à quinze ans et demi, eut un enfant presque de suite. Elle se livra à la prostitution depuis l'âge de dix-huit ans. L'affection a débuté en 1878 par le capuchon du clitoris et a envahi les deux petites lèvres, mais principalement celle du côté gauche. A ce niveau, la muqueuse a pris l'aspect cutané; elle est lisse et d'une couleur gris-brunâtre. Depuis six mois, la tumeur a augmenté d'une façon considérable et gène la malade; qui est opérée le 21 février dernier. La tumeur, préalablement pédiculisée, fut sectionnée au moyen de l'anse galvanique. La cicatrisation s'est faite en trois semaines. L'examen histologique de la tumeur a démontré que c'était une hypertrophie papillaire simple, sans trace de tissu érectile, ni de tissu adénoïde.

M. Anger a opéré dernièrement une tumeur analogue chez une jeune fille; la tumeur, qui était en forme de grappe, fut sectionnée au thermo-cautère. C'était un molluscum constitué par les papilles de la petite lèvre.

M. Gillette a dans son service une femme qui porte une tumeur semblable et qu'il pense être un molluscum. Seulement chez sa malade la tumeur est développée non seulement dans la petite lèvre, mais aussi aux dépens du clitoris, tandis que chez la malade de M. Pamard elle s'est développée aux dépens du capuchon du clitoris en laissant ce dernier indemne.

— M. Pamard présente un anneau de fer de 1 centimètre et demi qu'il a retiré de la verge d'un individu. Ce malade avait gardé cet anneau pendant plus de quatre mois sans en éprouver d'inconvénients. Les tissus, qui avaient été fort œdématiés au début, avaient fini par s'accoutumer à cette constriction.

—Hernie étranglée dans la tunique vaginale. — M. Anger a reçu hier dans son service un enfant de quinze ans, ayant dans la région inguinale droite une tumeur du volume d'une mandarine, douloureuse à la pression. Cette tumeur est apparue subitement il y a deux jours; elle est sonore, la peau est intacte, et l'on ne peut découvrir la présence du testicule. Applications d'eau froide sur la tumeur.

Le lendemain, le malade allait plus mal, vomissements verdâtres, pouls petit; la peau de la tumeur est devenue brunâtre.

Opération. — Après avoir incisé, on découvre que la tumeur est composée de deux lobes, l'inférieur plus volumineux que le supérieur. Au niveau de ce dernier, l'intestin est d'un rouge vineux, mais non sphacélé, tandis que dans la partie inférieure de la tumeur il y a des petites plaques de sphacèle. Dans ces conditions, M. Anger ne put réduire et pratiqua un anus contre nature; le testicule fut découvert au fond de la poche. M. Anger fera part à la Société des suites de cette observation.

M. Trélat fait remarquer que cette observation prouve une fois de plus l'extrême rapidité du sphacèle dans ces sortes de hernies.

— Influence du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs.

M. Desprès. — La théorie de M. Verneuil est la suivante: Tout malade qui subit un traumatisme et qui est antérieurement malade voit son traumatisme aggravé par son état général et réciproquement son état général aggravé par son traumatisme. Tout le monde reconnaît la vérité de cette proposition qui est aussi ancienne que la médecine et il ne faudrait pas accepter cette théorie comme absolument nouvelle. M. Verneuil l'a étudiée avec le plus grand soin et a appelé sur elle l'attention des chirurgiens. Mais depuis longtemps ces faits ont été énoncés et Velpeau, dans son traité de médecine opératoire paru en 1839, l'a formulé ainsi: « lorsque l'on fait une opération pour une affection cancéreuse, il importe de s'assurer qu'il n'existe pas de cancer viscéral. » De même pour les autres propathies, Velpeau donne comme contre-indication opératoire, l'existence chez les malades de phthisie, de lésions organiques du cœur, du foie, de l'estomac et les maladies des voies génito-urinaires. A cette époque, on ne connaissait pas encore le diabète d'une façon complète; cependant, Velpeau cite comme contre-indication les cas où les malades sont dans un état d'épuisement qui pourrait bien se rapporter au diabète. Enfin, dans le cas de traumatismes récents ou inflammatoires, Velpeau recommande d'examiner avec soin l'état des viscères.

Il est évident que ces idées ont été énoncées moins bien et avec moins de détails que ne l'a fait M. Verneuil, mais on les connaissait et tous les chirurgiens ont eu occasion de voir des faits se rattachant à cette théorie. J'ai moi-même publié ou fait publier par mes élèves plusieurs observations de ce genre sans avoir jamais pensé avoir découvert quelque chose de nouveau. Tous les chirurgiens sont d'avis que l'état général du malade influe sur le traumatisme et il faut reconnaître que c'est en France que cette idée a trouvé le jour et que, s'il ne l'a pas découverte, M. Verneuil a contribué pour une large part à sa vulgarisation.

Mais si M. Verneuil veut prouver qu'une propathie est fatalement une cause de mort chez un opéré, il va trop loin. Il existe beaucoup de faits qui prouvent que les diathésiques peuvent résister aux opérations, malgré leur diathèse. Je pourrais citer plusieurs exemples d'alcooliques, de syphilitiques, de diabétiques, ayant subi des traumatismes graves sans que leur diathèse soit venue entraver la guérison de leurs blessures.

Ce qu'il faut considérer surtout, ce n'est pas tant l'existence d'une diathèse que l'âge et la gravité de cette diathèse. Ces deux conditions surtout assombrissent le pronostic d'un traumatisme ou d'une opération. Il faut en outre savoir distinguer chez un opéré atteint d'une propathie et qui succombe s'il meurt d'accidents dus à sa diathèse ou d'accidents qui peuvent compliquer toute espèce de plaies.

Je regrette que les observations de M. Verneuil soient si peu concluantes pour sa théorie et je me joins à M. Trélat pour critiquer sa quatrième observation. Dans celle-ci, il s'agit d'un alcoolique qui a un écrasement d'un gros orteil; la plaie se cicatrise en six semaines, et trois semaines plus tard le malade est atteint d'un adéno-phlegmon de l'aine dont il meurt en quatorze jours. M. Verneuil met la mort sur le compte de l'alcoolisme; mais si c'est cette cause qui l'a tué, pourquoi ne l'a-t-elle pas tué au début de son traumatisme? N'est-il pas plus rationnel de penser qu'il a succombé à son adéno-phlegmon et à l'abondance de la suppuration?

M. Verneuil se plaint de ce que ses communications ont été accueillies avec indifférence ; mais il ne doit s'en prendre qu'à lui. En effet, si, au lieu de faire ses communications dans les congrès scientifiques, il les avait publiées dans un livre français, elles auraient été mieux accueillies.

M. Trélat pense que ce qui fait la supériorité de la chirurgie étrangère, c'est la façon luxueuse dont sont outillées les Facultés dans les autres pays; mais n'avons-nous pas chez nous des noms illustres, et Béclard, Bichat, Duchenne, et tant d'autres, avaient-ils des laboratoires mieux outillés que de nos jours? Non, et cela ne les a pas empêchés d'être illustres entre tous!

M. Verneuil. Je désire, avant que la discussion continue, rectifier deux erreurs que l'on m'attribue et contre lesquelles je proteste. La première est de croire que je regarde comme constante l'influence du traumatisme sur les propathies. La seconde est de penser que je veuille m'attribuer exclusivement la découverte de cette théorie. Il n'en est rien, et j'ai toujours dit que cela avait été signalé depuis longtemps.

Dr H. Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mars 1883. — Présidence de M. Millard.

La variole dans les hôpitaux. — A l'occasion du procès-verbal, M. Dujardin-Beaumetz donne lecture d'une lettre de M. le docteur Du Mesnil, médecin de l'asile national de convalescence de Vincennes, qui a vu tout récemment la variole se déclarer aux troisième et quatrième jour de leur arrivée dans cet établissement sur quatre malades provenant de l'hôpital Tenon. L'un d'eux, chez lequel la variole avait pris la forme hémorrhagique, a succombé. En terminant sa lettre, M. Du Mesnil se demande comment l'isolement est pratiqué à l'hôpital Tenon pour que l'on puisse observer de pareils faits.

M. Tenneson répond que les communications entre le pavillon d'isolement et les services voisins sont tellement fréquentes qu'il est impossible d'éviter la contagion.

M. Sevestre a observé aussi à l'hôpital Saint-Antoine deux cas intérieurs de variole qui sont bien certainement dus au voisinage du pavillon des varioleux. Aussi, dit-il, serait-il vivement à souhaiter que l'administration centrale prît promptement les mesures nécessaires pour rendre l'isolement *absolu* et préserver les services de médecine et de chirurgie des dangers de toute contagion.

Adhérences anciennes de la plèvre. — M. le docteur Sorel (de Cette) donne lecture d'une longue et intéressante étude sur les adhérences pleurales anciennes, constatées à l'autopsie, sur leur fréquence, leur étiologie, leur siège le plus habituel, l'âge des sujets, les causes déterminantes et leurs conséquences.

De la méthode réfrigérante. — M. Dumontpallier donne lecture d'une étude expérimentale thérapeutique de la réfrigération du corps humain dans les maladies hyperthermiques et en particulier dans la fièvre typhoïde. (Voir Gazette médicale, no 10, p. 116.

Typhlite et pérityphlite, guérison. — M. Gallard communique une observation d'autant plus intéressante qu'elle présente de grandes analogies avec la maladie à laquelle Gambetta a succombé. Il s'agit d'un malade auprès duquel il fut appelé le 4 janvier dernier par un confrère et qui, au premier abord, présentait des accidents de péritonite. Après examen du malade, M. Gallard diagnostiqua une inflammation du cœcum se propageant aux tissus avoisinants, avec menace de péritonite généralisée. Comme le malade était dans de mauvaises conditions pour être soigné chez lui, M. Gallard le fit entrer dans son service à l'Hôtel-Dieu. C'était un Italien, fort, vigoureux, bien constitué, âgé de 44 ans, qui souffrait depuis quelque temps de certains troubles digestifs accompagnés de constipation, lorsque le 1er janvier, au soir, il ressentit, après avoir dîné très sobrement, des douleurs très vives dans la fosse iliaque. Ses antécédents étaient les suivants : à l'âge de 10 ans, en Afrique, il eut des accès de fièvre intermittente; à 18 ans, il éprouva des phénomènes semblables à ceux dont il se plaignait le 1er janvier au soir et les jours suivants, et resta malade pendant un mois environ ; enfin, en 1870, il eut la variole.

Le soir même de son entrée on lui faisait une application de vingt sangsues, après quoi la nuit était plus calme, mais l'empâtement et la submatité de la fosse iliaque persistaient ; le lendemain un purgatif lui est ordonné, le surlendemain, vingt nouvelles sangsues ont appliquées et déterminent une amélioration sensible. Le 10 janvier, une nouvelle dose de calomel lui est prescrite ; elle provoque trois selles liquides sans aucune colique, en même temps l'on continue les onctions belladonnées sur le ventre, prescrites dès le lendemain de son arrivée à l'hôpital. L'amélioration continue et la maladie paraît marcher vers une prompte guérison, lorsque le 23 survint une recrudescence sérieuse ; immédiatement on lui fait prendre 30 grammes d'huile de ricin ; et le lendemain on lui applique un vésicatoire. Les accidents sont enrayés de nouveau, et la guérison reprend son cours. Pendant ce temps, le malade est soumis à une alimentation légère, et prend chaque matin un peu d'eau de Sedlitz. Enfin, le 15 février, il sort de l'Hôtel-Dieu parfaitement guéri.

M. Gallard insiste surtout en terminant sur la marche insidieuse de cette inflammation cœcale et péricœcale survenant vingt six ans après une première atteinte et guérissant par un traitement à peu près analogue à celui auquel on eut recours la première fois.

La séance est levée à 5 heures.

Varèle.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES A LA SORBONNE

Séances des 27, 28 et 29 mars.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Les médecins étaient peu nombreux cette année au Congrès des délégués des Sociétés savantes. Ainsi que l'on a pu en juger par le compte rendu inséré dans le dernier numéro (p. 152), le chiffre des communications purement médicales a donc été bien moins élevé que les quatre dernières années.

Aux communications dont nous avons déjà donné les titres ou que nous avons résumées, il convient d'ajouter les suivantes :

1o Dans la section des sciences physiques et chimiques, M. le professeur Filhol, de Toulouse, a étudié d'abord l'action du soufre sur les phosphates alcalins et puis l'action que ce même métalloïde exerce sur les oxydes.

2o Dans la Section des Sciences économiques et sociales, M. le docteur Lunier, inspecteur général au ministère de l'intérieur, s'est occupé de répondre à la question suivante : *Des améliorations que pourrait comporter la législation relative aux aliénés, notamment en ce qui concerne l'admission des aliénés dans les asiles, la surveillance de ces maisons et les travaux qui peuvent y être pratiqués.*

M. Lunier a présenté sur ce sujet un rapport important surtout au point de vue de la législation. Pourquoi l'aliéné est-il placé dans une situation à part, et soumis à des règles d'exception ?

La loi de 1838 le dit, loi excellente pour l'époque : L'aliéné est un malade, il faut le soigner. L'aliéné est un être dangereux, il faut l'isoler. D'où la nécessité de l'asile.

M. le docteur Lunier examine ensuite les différents modes de placement : placements volontaires, placements d'office. En 1838,

les aliénés étaient au nombre de 12,000. Ils sont 50,000 aujourd'hui, sans compter une quarantaine de mille qui sont soignés à domicile, soit un total général de 90,000 aliénés.

Les critiques contre la loi de 1838 qui datent de 1860-1862 visent surtout l'insuffisance de la surveillance dans les asiles et la facilité trop grande d'admission. De nombreuses tentatives parlementaires se sont produites. Elles ont abouti, en 1881, à la nomination d'une grande commission qui a préparé les bases du projet de loi actuel.

De nombreuses améliorations seront réalisées.

Les départements ne pourront plus traiter qu'avec des asiles *publics*.

Des conditions spéciales seront introduites pour les aliénés criminels.

On prononcera une admission provisoire pour tout aliéné qui sera mis dans un quartier d'observation.

Un administrateur légal sera établi dans tout asile, et appelé, de suite, à administrer les biens du malade admis.

Une surveillance beaucoup plus sérieuse doit être enfin organisée

P. F.

FORMULAIRE

Applications topiques pour prévenir les cicatrices laissées par la variole.

(Schwimmer).

Appliquer sur les parties exposées à la vue, figure, cou, mains, avant-bras, de petits linges de toile enduits d'une des trois préparations suivantes, et qu'on renouvellera toutes les deux heures :

1o Rec. Acide phénique 4 grammes.
Huile d'olive 40 —
Craie blanche pulvérisée 60 —

M. s. a. pour en faire une pâte molle.

2o Rec. Huile phéniquée 5 grammes
Huile d'olives } aa 40 —
Amidon très pur }

M. s. a.

3o Rec. Thymol 2 grammes.
Huile de lin 40 —
Craie blanche pulvérisée 60 —

M. s. a. — De ces trois préparations, la première serait préférable aux deux autres.

E. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse, par le docteur Henri Leloir. — Paris, in-8 de 220 pages. — A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, 1882.

Sous ce titre, M. Henri Leloir a réuni le résultat d'un grand nombre de recherches dont les unes lui sont exclusivement personnelles et dont quelques autres lui sont communes avec M. Déjerine, M. Chabrier ou M. Brocq. Un grand nombre des résultats auxquels ont abouti ces recherches sont déjà connus de nos lecteurs (Voir les comptes rendus de la Société de biologie et de l'Académie des sciences des trois dernières années).

Il suffira de rappeler quelques-unes de ces études, soit celles qui tendent à démontrer que certains cas de vitiligo sont en rapport avec des altérations des nerfs périphériques ou celles qui font parfois dépendre l'ichthyose et certaines formes d'ecthyma d'une lésion des nerfs cutanés et des racines postérieures, ou encore celles qui attribuent à la lèpre une origine nerveuse, la lèpre ne devant être considérée, semble-t-il, que comme liée à une névrite primitive, etc.

Dans ces diverses altérations cutanées que M. Leloir rattache à une origine nerveuse, l'influence des irritations extérieures ne serait que secondaire. Pour M. Leloir, ces altérations dépendraient d'une modification dans le rôle que joue le système nerveux relativement à la nutrition de la peau.

La théorie vaso-motrice, la théorie de l'irritation, la théorie des nerfs trophiques, seraient insuffisantes pour expliquer les phénomènes observés et ne reposeraient sur aucun fait.

Aux yeux de M. Leloir, la théorie de l'affaiblissement de l'influence trophique (directe et réflexe) suffit à elle seule pour rendre compte des faits observés (dans l'état actuel de la science du moins).

Le processus anatomo-pathologique qui préside aux lésions cutanées étudiées par M. Leloir est la névrite dite parenchymateuse, laquelle peut être primitive (certaines gangrènes, lèpre, vitiligo) ou secondaire à des lésions du système nerveux central ou des ganglions nerveux.

Ce travail important est empreint d'une excessive prudence et d'une grande sévérité dans les déductions.

Les conclusions souvent hésitantes témoignent chez l'auteur de principes d'une logique scientifique très rigide, principes si rarement observés en ces temps de généralisations hâtives et débordantes, que nous sommes heureux de les noter aujourd'hui et d'en faire presque un motif à compliment.

De l'épithéliome calcifié des glandes sébacées, par J.-E. Chenantais. In-8 de 102 pages, avec 4 planches. — Paris, O. Doin.

S'inspirant de recherches faites avec M. le docteur A. Malherbe (de Nantes) et s'appuyant en outre sur des observations empruntées à la pratique de M. Heurteaux et de M. Th. Laënnec, M. le docteur Chenantais a décrit une altération spéciale des glandes sébacées, à laquelle il a donné le nom d'*épithéliome calcifié*.

Les glandes sébacées peuvent être atteintes d'une variété d'épithéliome pavimenteux dont les cellules sont en partie ou en totalité calcifiées. La calcification dans les cellules sert à distinguer cette variété des autres formes d'épithéliome pavimenteux. Le stroma de la tumeur, de nature conjonctive, peut être fibreux, puis devenir osseux. L'épithéliome calcifié se développe surtout dans l'enfance et dans la jeunesse, rarement à l'âge adulte ; il est plus fréquent chez la femme. A marche très lente et d'une bénignité absolue, il ne récidive jamais. D'après M. Chenantais, presque toutes les tumeurs ossiformes de la peau seraient justiciables du nom d'épithéliome calcifié.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

De l'obstétrique en Italie, par le docteur Gabriel Millot. Paris, O. Doin, 1882.

L'auteur, chargé par le gouvernement d'une mission scientifique en Italie, était placé dans les meilleures conditions pour nous faire connaître les progrès accomplis, les doctrines professées dans les diverses universités, Bologne, Milan, Florence, Naples, etc., dans la science obstétricale. L'organisation des maternités, leur installation, les conditions d'hygiène dans lesquelles elles se trouvent, toutes les questions importantes relatives à la mortalité des femmes et des enfants, M. Millot a pu les étudier sur place et avec facilité.

Aussi, nous l'avouons, nous avons été surpris du plan qu'il a adopté dans son travail. C'est, en effet, un livre d'histoire obstétricale, rempli d'érudition, de documents précieux qui ont certainement demandé beaucoup de temps et de peine pour être réunis,

mais nous aurions préféré un simple récit de ce qui se fait actuellement en Italie, de l'enseignement des divers professeurs dont le nom fait autorité dans la science obstétricale, de l'hygiène des maternités, etc.

Connaître le passé, c'est fort bien ; mais le présent a encore plus d'intérêt pour nous.

Quoiqu'il en soit, tous ceux qui s'intéressent à la science liront avec plaisir le livre de M. Millot, très savant, très instructif ; ils y trouveront une érudition qui leur rappellera celle du professeur éminent A. Corradi. Le magnifique ouvrage du savant Italien, *Dell'Obstetricia in Italia*, n'a-t-il pas été pour le docteur Millot d'un trop grand secours ?

Dr Marius Rey.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort d'un de nos plus sympathiques collaborateurs : M. P. Berdinel vient de succomber à l'âge de 33 ans.

Il n'y a pas deux mois, nous assistions à l'une de ces fêtes de famille qui marquent dans la vie d'un homme : Berdinel se mariait. Le bonheur rayonnait sur sa figure, comme sur celle de sa jeune compagne, et tout leur permettait d'entrevoir, sous les plus riants auspices, cette seconde phase de leur existence, qu'ils allaient désormais parcourir à deux. Hélas ! elle a été de bien courte durée. Le lendemain ils partaient tous les deux pour l'Italie : la jeune femme est revenue seule ; nous apprenons, en effet, que notre regretté collaborateur est mort dans sa famille, à Valence-d'Agen, au retour de son voyage.

Berdinel, ancien interne des hôpitaux, était très instruit et aurait pu affronter avec des chances de succès la carrière du concours. Il préféra se livrer de suite à la pratique et il ne tarda pas à acquérir une assez belle clientèle. Mais il ne renonça pas aux études scientifiques, et nos lecteurs ont pu apprécier à la fois l'étendue de ses connaissances et la rectitude de son jugement dans les nombreux articles de critique, bibliographies ou revues de journaux, qu'il a donnés à la Gazette médicale. Nous perdons en lui un collaborateur sérieux et dévoué, un confrère aimable et sympathique, nous pourrions presque dire un ami. Ses collègues de la Gazette, et tous nos lecteurs qui ont été à même de le connaître, de le juger et par conséquent de l'estimer, s'associeront certainement à nos profonds regrets.

F. de R.

***

Pétition au Sénat demandant la suppression de l'inspectorat local des eaux minérales.

La pétition dont nous publions ci-dessous le texte doit être déposée sur la tribune du Sénat à la reprise de la session (22 avril). Nous en adresserons des exemplaires à toutes les personnes qui nous en feront la demande, et nous la tenons à la disposition des médecins qui voudront y apposer leur signature.

Messieurs les sénateurs,

Vous avez voté, le 22 janvier dernier, la loi qui supprime le traitement des médecins inspecteurs des eaux minérales.

Vous ne l'avez votée que parce que M. P. Legrand, alors ministre du commerce, s'est engagé à vous saisir, à très bref délai, d'un projet de loi qui doit remanier toute la législation relative aux eaux minérales.

La Chambre des députés avait déjà, le 27 juin précédent, voté cette loi à la suite de considérations purement fiscales exposées par M. Tirard, et sous la réserve aussi de la présentation prochaine d'un projet de revision générale de la législation thermale.

Nous ne doutons pas que M. le ministre actuel du commerce en tienne à honneur de remplir la promesse de ses prédécesseurs, mais la préparation d'une loi qui touche à des intérêts si complexes sera longue.

Nous venons, en attendant, vous prier, Messieurs les sénateurs, de mettre fin à un régime de privilège, en supprimant l'inspectorat local tel qu'il est organisé aujourd'hui, sauf à le voir remplacer par une institution nouvelle ne présentant pas les mêmes inconvénients.

Cette suppression, comme le faisait remarquer au Sénat l'honorable M. Camparan dans la séance du 22 janvier, rendra plus facile la discussion de la loi générale, en débarrassant le terrain d'une question spéciale, jugée en principe et qui demande une prompte solution.

Le privilège de l'inspectorat était justifié, au dire de ses partisans, par deux raisons d'ordre administratif : les médecins inspecteurs, disait-on, sont tenus, aux termes du décret du 28 janvier 1860, d'adresser tous les ans un rapport au ministère, — et ils soignent gratuitement les indigents. L'exposé des motifs du gouvernement, qui précédait le projet de la loi que vous avez votée le 22 janvier, a fait justice de ces deux arguments.

Ce privilège est une anomalie heureusement unique ; dans aucune autre profession libérale, le gouvernement ne pourrait mettre ainsi l'estampille officielle sur certains individus, choisis par faveur, et les recommander à la clientèle. Dans aucune branche de l'administration, le gouvernement ne songerait à faire inspecter — si fictive que dût être l'inspection — un établissement ou un service par le fonctionnaire même qui y est attaché.

Ce privilège, enfin, dont on devrait, sous tous les régimes politiques, poursuivre la suppression comme contraire à la justice, n'est-il pas surtout exorbitant sous le régime démocratique ?

Nous vous supplions donc, Messieurs les sénateurs, d'abolir un privilège qui n'a aucune raison d'être, en laissant au gouvernement ou aux législateurs le soin de prendre telles mesures qui, sans compromettre le principe de la liberté et de l'égalité professionnelles, sauvegarderont tous les intérêts.

***

L'académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle lundi 2 avril 1883, sous la présidence de M. Jamin.

M. J. Bertrand, secrétaire perpétuel, a prononcé l'éloge historique de M. le baron Pierre-Charles-François Dupin.

Ont été proclamés lauréats pour l'année 1882 :

Médecine et chirurgie. — *Prix Montyon* : trois prix de 2,500 fr. chacun à MM. F.-C. Maillot, Dieulafoy et Krishaber, G. Hayem ; trois mentions avec 1,500 fr. chacune à MM. Grehand et Quinquaud, F. Giraud-Teulon, P. Megnin ; citations honorables : MM. A. Borius, Cadiat, L. Dubar et Ch. Remy, H. Fournié, E. Gavoy, H. Lenoir. — *Prix Bréant* : MM. Arloing, Cornevin et Thomas. — *Prix Godard* : M. Reclus. — *Prix Lallemand* : MM. Bourneville et Paul Regnard ; mentions honorables : MM. Liégeois et E. Lamarre.

Physiologie. — *Prix Montyon*. — M. Dastre ; citation honorable : M. G. Delaunay.

Anatomie et zoologie. — Le grand prix et le prix Savigny ne sont pas décernés. — *Prix Thore* : M. Ed. André. — *Prix Da Gama Machado* : M. Hermann. — *Prix Cuvier* : M. Oswald Herr.

Statistique. — *Prix Montyon* : MM. Cheysson et Maher ; mentions honorables : MM. Guiraud et Mauriac.

Chimie. — *Prix Jecker* : M. Armand Gautier.

Prix Barbier : Encouragements : MM. Reliquet, Vidal.

Prix Desmazières : M. T. Husnot : citation honorable : MM. E. Doassans, N. Patouillard.

Prix Vaillant : M. Toussaint.

***

La Rage. — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. [illegible], membre de l'Académie de médecine, a donné lecture d'un rapport duquel il ressort que le nombre des cas de rage a diminué très sensiblement en 1882.

En effet, si le nombre des personnes mordues a été de 156 en 1881 et de 66 seulement en 1882, les cas de rage constatés chez l'homme ont été au nombre de 23 en 1881 et de 11 en 1882.

Le Conseil a émis ensuite le vœu que le ministre approuve *dans le plus bref délai* les conclusions du rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur les mesures qu'il conviendrait de prendre pour empêcher et prévenir la propagation de la rage.

***

Faculté de médecine de Paris. — M. L. Capitan est nommé chef du laboratoire de pathologie et thérapeutique généralo.

M. Charrin (B.-E.), interne des hôpitaux de Paris, est nommé préparateur de ce laboratoire.

***

Hygiène publique. — Par arrêté préfectoral, MM. les docteurs Frère et Georges Martin sont délégués à l'effet d'étudier, tant à Genève qu'à Lyon, diverses questions relatives aux cimetières. Il est alloué à chacun d'eux une idemnité de 500 francs à titre de frais de déplacement.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 23 mars au jeudi 28 mars 1883.

Fièvre typhoïde 30. — Variole 12. — Rougeole 41. — Scarlatine 3. — Coqueluche 11. — Diphthérie, croup 40. — Dysenterie 3. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 62. — Phthisie pulmonaire 260. — Autres tuberculoses 12. — Autres affections générales 55 — Malformation et débilité des âges extrêmes 71. — Bronchite aiguë 45. — Pneumonie 128. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 45, — au sein et mixte 32. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 126. — de l'appareil circulatoire 71. — de l'appareil respiratoire 94. — de l'appareil digestif 59. — de l'appareil génito-urinaire 31. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 4. — infectieuses 2. — Épuisement 1. — Causes non définies 0. — Morts violentes 28. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 1316 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Les maladies infectieuses, par Jaccoud, professeur de pathologie médicale, etc. In-8. — Prix : 0 fr. 50 c. — Paris, Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier, éditeurs.

Découverte de la cause du sommeil naturel physiologique et de l'appareil qui le produit chez l'homme en particulier, chez les animaux supérieurs et chez tous les animaux en général, par le docteur Lajoux. In-8. — Prix : 1 fr. — Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier, éditeurs.

Obstétrique. Prédiction du sexe et de la force relative de l'enfant ; recherches et observations, par le docteur Lajoux. In-8. — Prix : 0 fr. 75 c. — Paris, Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier, éditeurs.

Traitement de la fièvre typhoïde, par le professeur S. Jaccoud, in-8, avec 12 fig. dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Adrien Delahaye et E. Lecrosniers, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN**.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 12 avril 1883.

Académie de médecine : FIN DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Du choc des opinions jaillit la lumière, dit un ancien adage. Voilà six mois qu'on discute, à l'Académie de médecine, sur la fièvre typhoïde et que les opinions les plus diverses ont été exprimées et défendues du haut de la tribune: quelles clartés ce long débat a-t-il apportées?

Si l'on en croyait deux des membres de la savante compagnie, qui ont pris la parole mardi dernier pour combattre la proposition émanée du bureau et relative à la nomination d'une commission qui serait chargée de formuler des conclusions pratiques, les ténèbres seraient tout aussi épaisses qu'auparavant, et le débat en question demeurerait complétement stérile. L'Académie aurait ainsi perdu son temps.

Nous ne partageons pas entièrement le pessimisme de cette appréciation, que beaucoup trouveront un peu sévère, et l'on nous permettra de faire ressortir en quelques mots les enseignements qui nous semblent se dégager de cette longue et laborieuse discussion.

Trois points principaux ont été abordés : l'étiologie, la prophylaxie et la thérapeutique de la fièvre typhoïde.

Sur l'étiologie, les avis restent partagés, mais beaucoup moins quand on descend de la cause première, immédiate, aux conditions secondaires et le plus souvent banales qui favorisent l'action de cette cause. Quel que soit et d'où que vienne l'agent typhogène, il a besoin, pour se développer et se propager, d'un milieu approprié. Or, les divers éléments qui peuvent contribuer à préparer ou à modifier ce milieu, état du sol, qualité des eaux, pureté de l'atmosphère, salubrité des rues et des habitations, réceptivité des individus, etc., etc., ont été successivement passés en revue, et l'on peut dire que, en ce qui les concerne, l'accord s'est fait sans peine. C'est là un premier résultat, dont l'intérêt s'accroît quand on passe de la conception scientifique aux applications prophylactiques.

Sur ce terrain, en effet, de la prophylaxie, on ne rencontre presque pas de dissidence; or il était important d'affirmer cette entente générale et de la faire valoir auprès des pouvoirs publics pour réclamer avec plus d'insistance certaines réformes urgentes dans nos règlements et nos institutions d'hygiène publique. Le bureau de l'Académie l'a compris, ainsi en proposant la nomination de la Commission dont il vient d'être parlé, et il est heureux que l'éloquence chaleureuse et persuasive de M. Rochard ait eu, à ce sujet, raison des hésitations de quelques-uns de ses collègues.

La thérapeutique a moins gagné dans le débat, et le praticien qui en a suivi ou en parcourra les différentes phases y trouvera difficilement une ligne de conduite plus sûre que celle qu'il suivait auparavant. Mais il apprendra peut-être à se

FEUILLETON

Ouvrages du professeur J.-G. Cloquet.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

1831. — Pathologie chirurgicale. Plan et méthode qu'il convient de suivre dans l'enseignement de cette science. In-4 avec 12 pl. Cet ouvrage contient un grand nombre d'observations rares, parmi lesquelles : Anus contre-nature. — Calculs urinaires pilifères. — Ablation d'une énorme tumeur fibro-cartilagineuse. — Persistance d'une portion du cordon ombilical chez un homme de vingt-cinq ans. — Fractures diverses. — Anévrysmes divers. — Dilatation variqueuse des artères iliaques. — Ossification de l'artère fémorale. — Vaisseaux sanguins des fausses membranes. — Concrétions trouvées dans les veines. — Invagination de l'intestin grêle. — Grossesses extra-utérines. — Ectropion incurable.

1833. — Essai sur la brûlure et son nouveau traitement par l'usage des poils de typha, publié par Vignal. — Extraction du corps de la clavicule droite nécrosée, sans ossification consécutive du périoste, suite d'une chute sur l'épaule droite; enfant de douze ans (De la carie et de la nécrose, par L.-S. Sanson, p. 31).

1837. — Abcès du sein. Leçon publiée par A. Godart (Presse médicale). — Mémoire sur les effets du pus en contact avec le tissu osseux (Archives générales de médecine).

1840. — Ablation de la glande lacrymale affectée de cancer; guérison (In Thèse de Maslieurat-Lagémard).

1842. — Tumeur de la mamelle du poids de 15 livres, opérée avec succès (In Diagnostic différentiel des tumeurs du sein, par A. Bérard, p. 141).

1846. — Emploi de l'acide acétique pour la guérison des verrues sans laisser de cicatrice (Journal de chirurgie, mai).

1854. — Ablation d'une tumeur cancéreuse occupant les régions parotidienne et sous-maxillaire du côté droit; guérison persistante depuis douze ans (Bulletin de l'Académie de médecine, t. XX).

défier davantage des statistiques et à accepter avec plus de réserve les méthodes de traitement inspirées par l'esprit de système on reposant sur des théories, des doctrines, dont le côté séduisant ne saurait tenir lieu de véritable démonstration.

Une discussion scientifique, dans l'état actuel de nos connaissances, ne saurait ahontir à la formule d'un dogme quelconque. Elle contribue plus souvent à éclairer sur des causes d'erreurs qu'à faire surgir des vérités nouvelles. C'est déjà un grand service qu'elle rend en signalant les voies dans lesquelles il serait imprudent de s'engager. Sous ce rapport, la discussion qui vient d'être close à l'Académie de médecine nous semble avoir tenu ce qu'on pouvait légitimement en attendre.

Dr F. de Ranse.

Réunion annuelle de l'Association générale des médecins de France

Deuxième journée (2 avril 1883).

Cette seconde journée a été une séance d'affaires.

Après l'approbation unanime des comptes de notre vaillant trésorier, on a procédé à l'élection des membres du Conseil. MM. Bucquoy, Gosselin, Jaccoud, Marquez, membres sortants, ont été réélus. MM. Lannelongue (de Paris), Laënnec (de Nantes), Bourrienne (de Caen), ont été nommés en remplacement de MM. Petit, Simonin et Jeannel, qui ont donné leur démission et ont été acclamés membres honoraires. M. Thomas, notre sympathique confrère de Tours, a obtenu 24 voix sur 56 votants. C'est le présage d'un prochain succès.

On écoute ensuite avec un vif intérêt le rapport de M. Durand-Fardel sur les pensions viagères d'assistance, rapport serré, nourri de faits et de raison, qui fait contraste par le sérieux avec le brillant et élégant rapport de l'an dernier dû à la plume de M. Penard.

M. Durand-Fardel fait l'historique de la Caisse des pensions. Au début, on demandait beaucoup, et la Commission, faute de ressources, se résignait à accorder peu. Aujourd'hui, on est en mesure de ne rien refuser de ce qui est nécessaire; plus tard, ce sera le superflu. M. Durand-Fardel l'annonce en termes heureux qu'il faut citer :

« La Caisse des pensions ne s'est encore ouverte que pour de grandes infortunes. Car c'est une grande infortune d'atteindre l'extrémité d'une vie de travail, sans avoir pu s'assurer le nécessaire pour les jours où le travail n'est plus possible. Mais nous pouvons prévoir le temps où nos pensions ne seront plus seulement destinées à subvenir aux nécessités lamentables dont nous venons chaque année esquisser le tableau. Elles apporteront encore l'aisance là où elle manquera. C'est bien de sécher d'abord les pleurs; il sera bon de ramener aussi le sourire. »

C'est qu'en effet la Caisse s'enrichit chaque année de 50 à 60,000 francs. Le total des pensions monte à 30,500 francs, par suite de 13 pensions nouvelles proposées qui porteront à 71 le chiffre des pensionnaires. C'est peu, si l'on veut, mais, il y a dix ans, c'était zéro. Et le taux des pensions augmente. Il y a cinq ans, on en donnait six de 600 francs et trente-six de 300 francs sur 57 pensions; aujourd'hui, sur 71, il n'y en a plus que 23 de 300 fr. et, au contraire, 15 de 600 fr.

Pour répondre à certaines objections, M. Durand-Fardel a comparé notre Association à la *Caisse des pensions du Corps médical belge*, qui, fondée en 1869, possédant 625 membres, distribue à 88 pensionnaires une somme de 49,910 fr., soit, pour ceux qui ont atteint l'âge réglementaire de soixante-quatre ans, une pension de 567 fr. Mais, pour arriver à ce résultat, ce n'est pas une cotisation annuelle de 12 fr. que paient les membres participants (médecins, pharmaciens, vétérinaires), mais 50 fr. par an jusqu'à quarante ans et, de cinquante à soixante-quatre ans, une cotisation de 100 francs.

Allez donc demander pareil sacrifice à nos sociétaires! « Ce qui est le caractère particulier de notre Association, a dit le docteur Durand-Fardel, et ce qui fait la force et la grandeur de notre Association, c'est qu'elle est entretenue surtout par ceux qui n'en doivent point profiter. C'est une institution de libéralisme, parce qu'elle s'est mise à la portée de tous. C'est une institution de fraternité, parce qu'elle existe indépendamment de toute prévision personnelle. La Caisse des pensions du Corps médical belge est une opération financière. Telle est la différence fondamentale qui ne permet pas de comparer ces deux institutions.....

« Des cotisations annuelles de 50 et de 100 francs sont principalement à la portée de ceux pour qui la pension assurée devra être le moins nécessaire, et excluent ceux à qui une

---

Dans le Dictionnaire de médecine en 21 volumes (18.. à 18..), nous relevons les articles ci-après :

Adhérence congénitale des grandes lèvres, mettant obstacle à l'émission de l'urine; guérison par incision.—Agglutinatifs.—Amputations.—Anus contre nature.—Ankylose.—Bistouri.—Brayer.—Carie.—Cataracte.—Débridement.—Diaphragme.—Chirurgie.—Encéphalocèle.—Entorse.—Exfoliation.—Exostose.—Fracture.—Myopie.—Nécrose.—Ophthalmie.—Ostéosarcome.—Périostose.—Plaie.—Presbytie.—Pupille artificielle.—Résection.—Spermatocèle.—Spina ventosa.—Suture.—Trichiasis.—Varice.—Varicocèle.

Instruments dus à M. le professeur J. Cloquet.

Entérotome.—Rachiotome ou sécateur rachidien — Bistouri à lame couverte pour l'opération du phimosis.—Ciseaux à épaulement pour l'excision des polypes du rectum et des tumeurs hémorrhoïdales.—Sécateur pour l'excision des amygdales.—Troisquarts lancéolé.—Aiguille pour la ponction des ganglions par la méthode sous-cutanée.—Mandrin pour l'extraction de la canule, après l'opération de la fistule lacrymale, pratiquée suivant le procédé de Dupuytren.—Stylets à anse pour l'extraction des esquilles dans les plaies d'armes à feu, des calculs urinaires engagés dans l'urèthre, et des corps étrangers introduits dans le conduit auditif externe ou dans les fosses nasales.—Pince œsophagienne pour l'extraction des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage.—Pince tenaculum.—Pince porte-ligature pour lier, sans aide, l'extrémité tronquée des artères.—Pince à suture.—Dilatateur du prépuce dans les cas de phimosis.—Tube conique pour injections dans le rectum, chez les personnes affectées de tumeurs hémorrhoïdales, de fissures à l'anus ou de paralysie du muscle sphincter.—Pessaires élythroïdes.—Sonde à double courant.—Siphon à aspiration graduée.—Appareil pour les irrigations de la vessie.—Appareil à irrigation du vagin.—Appareil pour l'inhalation du chloroforme, applicable aux ouvriers de plusieurs professions insalubres.—Appareil inamovible de plâtre, moulé à bon creux, appliqué sur les membres fracturés.—Description de divers instruments de chirurgie provenant de fouilles faites à Herculanum et à Pompeïa.

A. Dureau.

cotisation modeste permettra seule de lui devoir un jour une ressource indispensable. C'est le nombre qui est l'objet de notre Association, et qui lui assure précisément une vitalité prospère. »

Son rapport fini, au milieu des applaudissements de l'assemblée, M. Durand-Fardel a lu les propositions de la Commission dont il est l'organe. Que de misères ! impotence, fils fou, clientèle qui s'en va, sénilité (80, 82, 87 ans !), voilà les titres des invalides de la profession à une pension que les délégués leur ont unaniment votée.

Passons maintenant à la série des voeux. Il n'y en avait en aucun l'an dernier ; aussi le Conseil n'avait-il pas envoyé huit jours à l'avance, aux sociétés locales, les rapports destinés à être discutés en séance des délégués, comme l'avait demandé M. Thomas, de Tours.

Un premier vœu, excellent, est celui de M. Bontequoy, de la Société de Châtillon-sur-Seine. Il demande que l'on établisse au siége de l'Association générale un centre d'informations où chaque jeune médecin pourra puiser pour diriger ses premiers pas dans la carrière. Venir au secours des confrères malheureux, c'est bien ; mais empêcher que nos confrères deviennent malheureux, n'est-ce pas mieux encore ? On juge si le vœu de M. Bontequoy a été par acclamation renvoyé à l'examen du Conseil général ! Il est bien entendu, d'ailleurs, que tous les jeunes médecins lancés ainsi dans la profession, par les soins de l'Association, deviendront de fervents apôtres de l'œuvre. C'est de la bonne réclame.

M. Pestel a déposé le vœu suivant de la Société de l'Indre :

« Dans le but de hâter la révision de la loi du 19 ventôse an XI, et d'obtenir une législation nouvelle sur l'exercice de la médecine, le Conseil général est invité à reprendre l'étude déja commencée en 1878 et 1879 d'une loi organique embrassant dans son ensemble toutes les dispositions relatives à l'enseignement et à la pratique de la médecine en France. »

Ce que veut surtout M. Pestel, c'est que le projet soit préparé d'avance, afin que lorsqu'on aura sous la main un ministre bien disposé on puisse lui soumettre le projet. Le vœu est renvoyé à l'examen du Conseil général.

Puis est revenue l'éternelle question des pharmaciens qui exercent la médecine. C'est M. Dubois (de Limoges), qui l'a posée au nom de la Société de la Haute-Vienne, et le docteur Pamard (d'Avignon), lui a répondu que quiconque possède le double diplôme peut, de par la jurisprudence de la cour de cassation, exercer les deux professions.

A cette occasion, M. Treille (d'Aubusson), a rapporté un fait curieux. Il s'agit d'un député qui est en même temps pharmacien et médecin, a deux officines dans son département, exerce à Paris pendant la session de la Chambre et chez lui pendant les vacances. Heureux cumulard ! On se demande qui il faut le plus plaindre : les électeurs qui lui ont confié leurs intérêts, les malades qui réclament ses soins suivis ou ceux qui lui achètent des drogues.

Après qu'un vœu de la Société des Côtes-du-Nord, qui demande aussi une réforme des lois régissant l'exercice de la médecine, a été renvoyé au Conseil général, M. Paillé, de la Société locale de Rochefort, a émis le vœu que nul ne soit admis à exercer la médecine en France s'il n'est pourvu du diplôme de docteur, et que cette loi soit appliquée aux médecins de la marine comme elle l'est aux médecins de l'armée de terre. M. Paillé fait remarquer que le diplôme a été exigé des médecins de seconde classe de la marine de 1863 à 1875, et que cette mesure n'a pas donné de mauvais résultats ; que d'ailleurs, depuis 1880, la loi qui régit l'exercice de la médecine en France est applicable aux colonies et que par conséquent les colons sont soignés depuis lors par des praticiens qui n'ont aucun titre légal.

Cette critique fort juste a valu une éloquente improvisation de M. Leroy de Méricourt, médecin de marine distingué, et membre du Conseil général de l'Association. Il a fait remarquer tout d'abord que les médecins de la marine reçoivent une excellente éducation médicale, que beaucoup d'entre eux, appartenant à des familles peu aisées des ports de mer, n'entreprendraient pas les études longues et coûteuses du doctorat. Si, d'ailleurs, on est revenu sur l'exigence du diplôme, c'est que la plupart des médecins de la marine qui l'obtenaient se hâtaient, aussitôt leur temps fini, de quitter la médecine navale qui restait alors sans fonctionnaires. On a cru que n'ayant pas le grade de docteur, seul capable de leur permettre la médecine civile, les officiers de santé maritimes resteraient dans les rangs. Mais M. Leroy de Méricourt ne s'oppose pas au renvoi de la question au Conseil général, d'autant plus qu'une commission s'occupe à la Chambre de cette question.

M. Surmay (de Ham), dont on se rappelle l'intervention au sujet des rapports des médecins avec les sociétés de secours mutuels, n'assistait pas à la séance, mais il avait envoyé un vœu ; il voulait que chaque société locale fût invitée ou obligée à distribuer un annuaire à chacun de ses membres, afin de les mettre au courant des bienfaits de l'œuvre.

M. Penard a eu l'occasion de faire remarquer qu'il s'agissait là d'imposer un grand sacrifice aux sociétés locales, et M. Brun l'a appuyé. Je me suis permis alors de dire que les sociétés locales n'avaient pas à thésauriser, qu'elles pouvaient payer l'annuaire pour leurs membres, et que plus on achèterait d'annuaires, moins cette publication reviendrait chère à l'œuvre qui, par conséquent, ferait profiter les confrères pauvres de cette économie. J'ai ajouté que l'important n'était pas de convaincre les societaires, mais les médecins non sociétaires; c'est à ceux-là qu'il faut s'adresser, et quelle meilleure propagande que la distribution de l'excellent rapport de M. Durand-Fardel et le tableau des pensions données, preuves palpables du bien que fait l'Association. Quand on verra cette distribution de pensions, ceux qui seraient heureux d'être ainsi secourus à leur tour s'empresseront de souscrire, et les cœurs généreux qui auront à faire le bien souscriront de leur côté.

Cette idée — je n'ai aucune honte à l'avouer — a trouvé de l'écho dans l'assistance. Le rapport complet de M. Durand-Fardel sera adressé à toutes les sociétés locales en nombre suffisant pour que celles-ci puissent le faire distribuer aux médecins de leur département respectif qu'elles ne comptent pas encore dans leur sein.

La séance a été levée après un mot de remerciement de M. Roger, qui a annoncé à ses confrères que la soirée traditionnelle qu'il leur donne n'aurait pas lieu à cause d'une indisposition heureusement en voie de guérison de Mme Roger, la digne associée de son mari dans ses bonnes œuvres.

Dr C. DELVAILLE.

CLINIQUE CHIRURGICALE

QUATRE CAS D'ÉTRANGLEMENT INTERNE TRAITÉS PAR LA LAPAROTOMIE, par G. BOUILLY, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

En deux ans, j'ai eu l'occasion d'observer quatre cas d'étranglement interne dans lesquels l'intervention opératoire, reconnue indispensable et mise en pratique, était parfaitement justifiée. Tous les opérés ont succombé rapidement, emportés par les accidents contre lesquels l'opération était dirigée, n'ayant rien pu gagner d'une intervention trop tardive ou incapable de lever l'obstacle au cours des matières intestinales.

Cette série malheureuse, qu'on pourrait invoquer contre les manœuvres chirurgicales dans l'étranglement interne, ne saurait en rien modifier la valeur considérable de cette intervention; nous n'avons pas besoin de rééditer ici les brillants résultats qu'elle a donnés dans ces derniers temps; nous voulons seulement montrer, par l'analyse de nos observations, que les véritables éléments du succès dépendent de *la précision du diagnostic* et de *la rapidité de la décision*. Cette question a été suffisamment creusée dans ces derniers temps pour que nous n'ayons rien à y ajouter.

Nous dirons seulement, sous forme aphoristique, que :

1° La laparotomie, dans le cas d'étranglement interne, se présente avec les caractères d'une opération d'*urgence*, c'est-à-dire ne pouvant être reculée dès que sa nécessité a été reconnue;

2° Que la recherche et la levée d'un obstacle au cours des matières intestinales s'imposent quand les accidents revêtent d'*emblée* la forme *aiguë* et n'ont pas *rapidement* cédé aux moyens médicaux mis en usage en pareil cas;

3° Que dans cette forme *aiguë*, l'arrêt des matières peut, en général, être attribué à une constriction *brusque* et *serrée* d'un point du tube intestinal (brides, adhérences intestinales et épiploïques, compression rapide par des néoplasmes de voisinage, engagement d'une anse dans un orifice anormal ou anormalement franchi);

4° Que, dans ces cas, l'intervention s'adresse directement à l'obstacle et a tous les caractères d'une opération curative;

5° Que la laparotomie ainsi comprise et appliquée à ces cas aigus ne saurait être mise en comparaison avec les opérations palliatives (entérotomie iliaque ou lombaire) dont les indications, tout à fait différentes, sont tirées de l'évolution plus lente des accidents, du siége et surtout de la nature de l'obstacle, qu'une opération ne saurait enlever sans risques immédiats considérables et sans bénéfice réel pour l'avenir (cancer de l'intestin, péritonite chronique, cancéreuse ou tuberculeuse, etc.);

6° Que ces modes d'intervention répondent à des cas absolument différents, et qu'en aucune circonstance l'un ne saurait utilement remplacer l'autre.

Ces propositions vaudraient, sans doute, la peine d'être développées et je demande pardon au lecteur de leur brièveté et de leur concision; mais je risquerais fort de tomber à nouveau dans l'histoire des indications générales de l'intervention dans les occlusions intestinales, et je préfère passer à l'exposé et à l'analyse de nos observations personnelles.

Dans trois cas, les accidents revêtirent de suite un caractère d'acuité et d'intensité qui ne laissèrent aucune prise à l'hésitation et commandèrent l'intervention immédiate : deux fois, il s'agissait de brides fortement tendues sous lesquelles s'engageait l'intestin; dans le troisième cas, une grossesse extra-utérine, *abdominale*, datant de sept ans, avait déterminé la formation d'adhérences multiples qui immobilisaient depuis longtemps l'intestin et arrêtèrent brusquement le cours des matières par l'engagement d'une anse dans un orifice anormal. Dans le dernier cas, l'obstacle était formé par une torsion du mésentère sur son axe et les phénomènes d'occlusion intestinale restèrent pendant quelque temps subaigus, sans caractère nettement tranché, et n'entraînèrent l'intervention que par leur persistance.

I. — SAC HERNIAIRE DÉSHABITÉ. — APPARENCES D'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE; KÉLOTOMIE; PERSISTANCE DES ACCIDENTS; LAPAROTOMIE; MORT.

Femme de 44 ans, grasse, bien portante habituellement, entrée le vendredi au soir, 7 octobre 1881, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, dans le service du professeur Trélat, que j'avais l'honneur de suppléer. Cette femme présente depuis le dimanche précédent, 2 octobre, des accidents caractéristiques d'arrêt des matières intestinales; elle porte dans l'aine gauche une petite tumeur, du volume environ d'une grosse noix, dont elle connaît depuis longtemps la présence, et qui ne lui a jamais occasionné ni de gêne ni de douleur.

Cette tumeur est mollasse, peu tendue, modérément douloureuse, et n'a pas notablement changé de caractère depuis le début des accidents. M. Campenon, chef de clinique, appelé dans la soirée, pense, en présence des phénomènes caractéristiques de l'étranglement herniaire, qu'il peut s'agir d'une hernie crurale étranglée, et, avec juste raison, procède à la kélotomie immédiate. Les manœuvres de recherches démontrent bientôt que cette tumeur ne renferme aucune portion d'anse intestinale et qu'elle n'est autre chose qu'une hernie graisseuse ou plutôt qu'un sac herniaire inhabité contenant de la graisse; car, par l'orifice, le doigt peut pénétrer dans l'abdomen et ne sent rien d'anormal derrière la paroi. Les choses en sont laissées là et je vois la malade le lendemain, à l'heure de la visite.

Depuis le moment de l'opération, les vomissements fécaloïdes ont continué comme auparavant; le ventre est extrêmement ballonné et douloureux; l'angoisse est considérable; la malade a une tendance marquée au refroidissement; elle n'a pas uriné depuis la veille et n'a pas d'urine dans la vessie d'une manière appréciable. En un mot, il n'y a eu aucune détente dans les accidents depuis l'intervention.

Me fondant sur l'évolution rapide des phénomènes d'étranglement survenus brusquement en pleine santé, sur les résultats négatifs de l'opération très légitime de la veille démontrant la vacuité du sac herniaire, sur la douleur abdominale extrême surtout prononcée dans le flanc gauche, je pense qu'il s'agit d'un étranglement interne *aigu* et je décide de procéder immédiatement par la laparotomie à la recherche et à la levée de l'agent d'étranglement.

La malade est transportée à l'amphithéâtre. Anesthésie, précautions antiseptiques minutieuses, spray, etc. Incision sur la ligne blanche des parties molles et du péritoine dans l'étendue de 12 c. La main introduite dans l'abdomen explore avec soin la région des anneaux herniaires, le pourtour de l'utérus et des annexes, les flancs, sans trouver aucun obstacle. Les anses intestinales distendues font effort pour sortir de l'abdomen et sont maintenues à l'aide de compresses phéniquées tièdes.

Je prends le parti de dévider l'intestin et de l'explorer jusqu'au point où siège l'obstacle. Je cherche à m'orienter dans l'abdomen et à suivre l'excellent conseil donné par le professeur Duplay d'aller à la recherche du cœcum et, à partir de ce point, de remonter, pour ainsi dire, le cours de l'intestin grêle. Mais les anses intestinales sont tellement distendues que je ne puis trouver le cœcum et, à plus forte raison, la portion d'intestin qui s'y abouche et qui

doit être affaissée. Force m'est donc de saisir l'intestin qui se présente dans la plaie et de l'attirer au dehors en l'explorant au fur et à mesure qu'un aide le fait rentrer dans l'abdomen. Après avoir exploré ainsi environ 1 m. ou 1 m. 50 d'intestin de plus en plus violacé et distendu, j'arrive sur une bride tout à fait facile à constater, de la grosseur environ d'une plume d'oie, jetée comme un pont au-dessus de l'intestin qu'elle étrangle et qu'elle écrase.

Cette bride est saisie à ses extrémités entre deux pinces à forcipressure, sectionnée sur une sonde cannelée, et les deux bouts sont liés avec de la soie phéniquée pour prévenir toute hémorrhagie, bien que cette corde n'ait pas l'apparence vasculaire. L'intestin porte un sillon circulaire très accentué, mais sans gangrène ni perforation ; la portion immédiatement sous-jacente à l'étranglement est vide et rétractée ; elle se laisse facilement parcourir par les gaz aussitôt après la levée de l'obstacle.

Je dois avouer qu'au moment de cette intervention il ne me fut possible de reconnaître le siége et la nature exacts de cette bride, ainsi que ses rapports avec les autres parties de l'abdomen ; elle me parut profondément située au voisinage de l'insertion mésentérique, mais je ne jugeai pas à propos de continuer ces investigations, et le ventre fut refermé, comme dans l'ovariotomie. L'opération avait été courte ; la recherche et la découverte de l'obstacle avaient été faciles et heureuses. Pansement de Lister ; compression avec de la ouate ; opium à l'intérieur.

Pendant vingt-quatre heures, je pus croire que je tenais un succès. Les vomissements fécaloïdes cessèrent comme par enchantement, et aucun vomissement ne se produisit depuis le moment de l'opération ; une selle abondante eut lieu dans la nuit du samedi au dimanche, douze heures environ après l'intervention. Mais le dimanche l'abattement et l'adynamie se prononcèrent, et sans nouveaux accidents, sans réaction aucune, la malade s'éteignit dans la nuit.

En vingt-quatre heures, le cadavre tout entier, et en particulier l'abdomen, furent atteints d'une putréfaction aiguë qui rendit l'autopsie presqu'infructueuse. On put cependant reconnaître un léger degré de péritonite généralisée, les débris de la bride sectionnée qui s'inséraient sur le mésentère, et la portion de l'intestin étranglée, qui siégeait à environ 1 mètre 50 de la terminaison de l'iléon.

(A suivre.)

PATHOLOGIE MÉDICALE

DES RAPPORTS DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE AVEC LA SYPHILIS, par le docteur F. DE RANSE.

Suite. — Voir le numéro 14.

Il est bon tout d'abord de faire remarquer que les auteurs qui admettent des relations plus ou moins étroites de cause à effet entre la syphilis et l'ataxie locomotrice comprennent différemment la nature de ces relations. Beaucoup d'entre eux n'attribuent à la syphilis que le rôle d'une cause prédisposante. Suivant Hammond, elle n'agirait que comme cause débilitante. C'est aussi l'opinion de Rosenthal, qui n'attribue qu'une influence banale à la syphilis en disant que l'ataxie peut s'observer après cette maladie, comme après les fièvres typhoïdes graves, les accouchements répétés, les allaitements prolongés, etc., en un mot, dans tous les états où l'organisme est débilité. M. Vulpian déclare qu'il est impossible d'établir le mode de filiation entre l'ataxie et la syphilis. Il faut admettre, selon lui, une prédisposition spéciale chez les ataxiques, même à la suite des causes les moins contestables, comme la syphilis. On s'expliquerait ainsi la rareté relative de l'ataxie chez les syphilitiques. M. Grasset, à la suite de M. Fournier, admet des myélites syphilitiques systématisées, au même titre que des lésions médullaires diffuses on circonscrites, tout en reconnaissant qu'elles sont plutôt démontrées par la clinique que par l'anatomie pathologique. M. Fournier, accentuant plus nettement le corps de doctrine qu'il a conçu et qu'il défend avec tant de talent, dit enfin que la syphilis détermine l'ataxie par elle-même et que « pour l'immense majorité des cas, l'ataxie locomotrice constitue une manifestation de provenance et de nature syphilitiques. »

La pierre angulaire de cette doctrine, à défaut de l'anatomie pathologique dont les enseignements, comme on vient de le voir, lui sont contraires, c'est la statistique. M. Fournier, faisant un relevé général de différentes statistiques relatives à la fréquence des antécédents syphilitiques dans l'ataxie locomotrice arrive à ce résultat que, sur 100 ataxiques, 80 ont eu antérieurement la syphilis. De ce rapport de fréquence, il conclut à une relation de cause à effet.

Je ne veux pas incriminer les statistiques sur lesquelles s'appuie M. Fournier ; je dirai seulement qu'on pourra sans doute en établir d'autres qui conduiront à des conclusions opposées. Bon nombre d'ataxiques passent tous les ans sous mes yeux. Je n'ai pas relevé leurs antécédents d'une manière assez précise pour produire des chiffres ; je puis dire toutefois que j'ai été impressionné par la rareté relative des antécédents syphilitiques. Mais ce n'est là qu'un souvenir, et il faut se méfier de ce qui se traduit par une simple impression. N'est-ce pas un sentiment de ce genre qui a fait dire à M. Vulpian que la syphilis se rencontre quinze fois sur vingt dans les antécédents des ataxiques, chiffre dont M. Fournier n'a pas manqué d'invoquer l'autorité ? Or, si l'on parcourt les vingt observations rapportées dans le livre du savant professeur (1), on ne trouve les antécédents syphilitiques notés que quatre fois. Six de ces observations contiennent les résultats de l'autopsie : dans aucune d'elles il n'est fait mention ni d'antécédents syphilitiques, ni de lésions spécifiques.

M. Fournier explique cette absence de lésions, dans les cas de ce genre, en disant que l'ataxie locomotrice se développe dans les syphilis bénignes ; et, de fait, sur 84 cas d'ataxie syphilitique ou prétendue telle, il relève 40 fois une syphilis très bénigne originairement, 10 fois une syphilis sans accident secondaire, 3 fois une syphilis méconnue du malade.

Cette bénignité extrême de la syphilis qui préluderait à l'ataxie locomotrice jette une ombre sur la valeur des statistiques invoquées. S'il suffit qu'un ataxique avoue avoir eu un chancre, sans autre accident consécutif, cinq, dix, quinze ou vingt ans avant sa maladie, pour qu'on déclare celle-ci d'origine et de nature syphilitiques, il ne sera probablement pas difficile d'augmenter encore le rapport de 80 pour 100 établi par M. Fournier. Certes il arrive souvent qu'on trouve la syphilis là où elle paraissait absente ; mais avec le système qu précède, elle risquerait fort d'être absente là où on croirait la trouver.

Une autre considération vient appuyer mes réserves au sujet des conclusions de M. Fournier. Les syphilitiques sont si nombreux, que, si l'ataxie locomotrice est presque toujours de nature spécifique, il y a lieu de s'étonner de la rareté relative parmi eux de cet ordre d'accident. Cette rareté a frappé M. Vulpian, et il l'explique, comme on l'a vu plus haut, par une prédisposition spéciale qui se surajouterait à l'influence

(1) Vulpian. *Maladies de la moelle.*

syphilitique. Mais celle-ci, dès lors, ne jonerait qu'un rôle secondaire, effacé, et l'explication de M. Vulpian ne saurait convenir à la théorie de M. Fournier. Ce n'est pas seulement en égard au nombre des syphilitiques pris en masse que l'ataxie locomotrice est rare; elle l'est encore relativement si l'on ne tient compte que des cas de syphilis des centres nerveux. Ainsi sur 270 cas de syphilis affectant les centres nerveux et relevés par M. Topinard, d'après les recherches de MM. Gros et Lancereaux, il n'est fait mention qne trois fois de symptomes on de lésions tabétiques.

De toutes ces considérations, je me crois autorisé à conclure que les statistiques invoquées par M. Fonrnier, malgré l'autorité qui s'attache à son nom et à ses travaux, ont besoin, pour appuyer sa doctrine, d'être confirmées par de nouvelles recherches. Il faut d'ailleurs toujours compter avec l'influence des séries : les statisticiens le savent bien. Ce n'est qu'en opérant sur des chiffres très élevée que cette cause fréquente d'erreurs disparaît.

(A suivre).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Obstétrique.

Le palper abdominal peut-il aider au diagnostic de la mort du fœtus? par le docteur Paolo Negri.

On peut répondre affirmativement si certaines conditions sont remplies. Il est nécessaire que *la mort remonte à quelque temps*; que la *macération du fœtus soit déjà avancée.*

L'auteur, après avoir rappelé l'opinion des accoucheurs et cité la page du traité sur le palper abdominal de M. Pinard ayant trait à cette question, donne les deux observations suivantes :

Observation I. — Primipare, âgée de vingt ans, entrée à la Maternité de Milan le 26 avril 1880. Antécédents : à douze ans, fièvre gastrique; à treize ans, érysipèle de la face; à quinze ans, catarrhe bronchique; à dix-sept, angine, et à dix-neuf, nouveau catarrhe bronchique; réglée pour la première fois à treize ans. Dernières règles au commencement de septembre; pendant le séjour de la malade à l'hôpital, une bronchite l'oblige à garder le lit au commencement de mai.

L'examen fait constater une grossesse, fœtus vivant, bassin vicié, plat; diam. : 96 mill., présentation du sommet (29 avril).

Le 30 juin, l'ausonltation ne permet plus d'entendre les battements du cœur fœtal; la palpation abdominale laisse sentir, immédiatement au-dessus du pubis, une partie fœtale qui rappelle la tête; lorsque l'on presse avec les deux mains sur cette partie, on arrive facilement à produire une *crépitation sensible*; ce signe, perçu nettement, fit inscrire sur la feuille clinique *fœtus mort*, mais avec un point d'interrogation (?).

Le 4 juillet la femme accouche (période de dilatation 21 h.; période d'expulsion 30 min.; rupture spontanée des membranes, la dilatation étant complète) d'nne fille du poids de 2 kilogrammes; le fœtus est macéré; l'épiderme est détaché; les tissus offrent une coloration rouge-sombre et sont friables (fœtus sanguinolentus).

La tête est convertie en une poche dans laquelle se déplacent les os dn crâne; la substance cérébrale est réduite en une bouillie semblable à de la lie de vin.

Dans la cavité thoracique, les poumons, d'un petit volume, rouge-sombre, nagent dans une quantité abondante d'un liquide séro-sanguinolent. Le cœnr n'offre rien à noter. Dans la cavité péritonéale, nne certaine quantité de liquide séro-sanguinolent. Le foie et la rate sont ramollis; l'utérus est petit, mou. Le placenta présente une dégénérescence fibro-graisseuse prononcée. — Couches absolument apyrétiques; hémorrhagie utérine au 8e et 11e jour. L'accouchée quitte l'hospice complètement rétablie le 19 juillet 1880.

Observation II. — Femme de trente-trois ans, entrée à la Maternité le 11 juillet 1882; réglée pour la première fois à douze ans, et depuis cette époque toujours exactement. Première grossesse en 1878; accouchement normal, enfant vivant et à terme; paramétrite pendant les couches.

Le docteur Negri voit cette femme pour la première fois le 18 juillet; le travail est déjà commencé. L'examen de l'abdomen montre l'utérus de forme ovoïde, à grand diamètre longitudinal. Le palper abdominal laisse sentir : au niveau du détroit supérieur, une partie volumineuse, mais qui ne présente pas les caractères de l'extrémité céphalique; une surface plane en rapport avec le bord droit de l'utérus; et au fond *de l'utérus à droite* un corps arrondi qui à la pression (palper, entre deux contractions utérines) fait percevoir nettement une crépitation analogue à celle perçne dans le cas précédent : *sensation de tête macérée.*

On ne perçoit pas les battements du cœur fœtal; souffle utérin dans le quart inférieur gauche; par le toucher on reconnaît l'effacement du col; dilatation de l'orifice de 4 cent. environ; membranes intactes; la partie qui se présente est haute, fuit sous le doigt, rappelle à l'esprit les caractères de l'ovoïde podalique.

Bassin bien conformé.

De l'ensemble des signes recueillie il résnltait qu'on se trouvait en présence d'une présentation de l'extrémité pelvienne, dos à droite, et que le fœtus était macéré.

L'accouchement se termina après une période de dilatation de 17 h. 45 m. et une période d'expulsion de 15 m. Il fut nécessaire de rompre les membranes lorsque la dilatation complète fut obtenue.

Présentation du siège : S. I. D. P. Fœtus mâle du poids de 2380 gr. et macéré.

La tête fœtale conservait encore sa forme, *mais les os étaient en voie de dissociation*; en comprimant la tête on ressentait des sensations identiques à celles perçues, alors que le fœtus était encore dans la matrice. Le placenta volumineux n'offrait rien de particulier. (Annali di ostetricia, février 1883.)

Marius Rey.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance publique annuelle du lundi 2 avril 1883, présidée par M. Jamin.

Nous avons fait connaître dans le précédent numéro les prix décernés et les noms des lauréats. Voici les prix proposés pour l'année 1883, en ce qui concerne les sciences médicales :

Prix L. Lacaze. — Décerné à l'auteur du meilleur travail sur la Physique, sur la Chimie et sur la Physiologie.

Prix Montyon. — Statistique.

Prix Barbier. — Décerné à celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et dans la Botanique ayant rapport à l'arc de guérir.

Prix Desmazières. — Décerné à l'auteur de l'ouvrage le plus utile sur tout ou partie de la Cryptogamie.

Prix de La Fons Mélicocq. — Décerné au meilleur ouvrage de Botanique sur le nord de la France.

Prix Thore. — Décerné alternativement aux travaux sur les Cryptogames cellulaires d'Europe, et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'Insectes d'Europe.

Prix Bordin. — Faire connaître, par des observations directes et des expériences, l'influence qu'exerce le milieu sur la structure des organes végétatifs (racines, tiges, feuilles), étudier les variations que subissent les plantes terrestres élevées dans l'eau, et celles qu'éprouvent les plantes aquatiques forcées de vivre dans l'air. Expliquer par des expériences directes les formes spéciales de quelques espèces de la flore maritime.

Prix Montyon. — Médecine et Chirurgie.

Prix Bréant. — Décerné à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique.

Prix Godard. — Sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Prix Chaussier. — Décerné à des travaux importants de médecine légale ou de medecine pratique.

Prix Lallemand. — Destiné à récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots.

Prix Montyon. — Physiologie expérimentale.

Prix Montyon. — Arts insalubres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 avril 1883. — Présidence de M. Hardy.

Correspondance. — M. le docteur Layet (de Bordeaux) se porte candidat au titre de correspondant; — M. le docteur Clémenceau de la Loquerie adresse une étude démographique sur la mortalité de la ville de Fontenay-le-Comte de 1877 à 1882; — M. le docteur Apostoli envoie un pli cacheté sur un nouveau traitement des fibromes de l'utérus; — M. le docteur Kanellis (d'Athènes), une note sur la production du choc précordial; — M. le docteur Eude, médecin-major, une étude sur l'état sanitaire dans un casernement à pavillons isolés.

Travaux présentés. — *Eléments d'hygiène à l'usage des écoles primaires*, par M. le docteur Weill (Jacob), médecin-major de première classe. — *Mémoire sur la méningite cérébro-spinale*, par M. le docteur Tybaldos (d'Athènes). — *Le Zona*, par M. le docteur Paul Fabre (de Commentry). — Rapport sur les maladies régnantes de la ville de Lyon pendant l'année 1882, par M. le docteur Teissier (de Lyon.) — *Empoisonnement par l'acide pyrogallique employé en frictions dans le traitement du psoriasis*, par M. le docteur Ernest Besnier.

— Lésions consécutives a une fracture du crane; localisations cérébrales. — M. Polaillon lit un rapport sur un travail, écrit en italien, de M. le docteur Giuseppe Silvestrini sur une trépanation faite pour remédier à des accidents tardifs d'une fracture du crâne.

De l'analyse du travail de M. Silvestrini, M. le rapporteur retient comme une nouvelle preuve des localisations cérébrales les faits suivants : compression et irritation, par un caillot, de la partie supérieure du sillon de Rollando, où se place le centre moteur du membre supérieur et du membre inférieur qui avaient été le siége de convulsions épileptiques et de paralysie ; abcès siégeant dans le centre moteur du langage, d'où l'aphasie constatée pendant la vie. Quant au centre moteur des muscles de la moitié inférieure de la face, qui est encore mal déterminé, le fait de M. Silvestrini confirmerait l'opinion de MM. Charcot et Pitres, qui le placent en arrière du centre de la parole au-dessous de l'extrémité inférieure du sillon de Rollando, dans le point où existait précisément un abcès.

M. le rapporteur conclut en proposant à l'Académie de voter des remerciements à M. Silvestrini et de déposer son intéressant travail dans les archives. (Adopté.)

Suite de la discussion sur la fièvre typhoïde. — M. Fauvel commence par protester de son respect et de son admiration pour M. Pasteur et ses travaux, et il ajoute qu'au lieu de combattre les nouvelles doctrines microbiennes, il faut laisser à M. Pasteur le soin de corriger ce qu'il pourrait y avoir d'exagéré dans les inductions tirées de ses expériences. Il aborde ensuite la question de l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre typhoïde et résume lui-même son travail dans les conclusions suivantes :

La dothiénentérie, ou fièvre typhoïde, se présente en France dans deux conditions différentes : 1° à l'état endémique ou permanent dans les grands centres populeux ; 2° à l'état épidémique, observé surtout dans les petites localités.

L'état endémique, à Paris, est caractérisé principalement par l'immunité générale et non absolue dont jouit la population native par rapport à la dothiénentérie, soit par le fait d'une attaque subie, soit par une sorte d'accoutumance contractée dès l'enfance. Les étrangers, au contraire, ne jouissent pas du même privilège lorsqu'ils ne sont pas dans les conditions qui donnent l'immunité : telles sont principalement certaines catégories d'ouvriers et de soldats.

L'état endémique présente, quant au nombre des attaques, des oscillations saisonnières plus ou moins tranchées ; depuis plusieurs années, le nombre de cas de fièvre typhoïde a été croissant à Paris, et, l'année dernière, il a atteint un chiffre élevé ; mais ce nombre semble proportionné à celui de la population flottante, susceptible de contracter la maladie.

L'immunité relative dont jouissent les Parisiens s'oppose à ce que la dothiénentérie atteigne à Paris les proportions d'une grande épidémie. L'encombrement, la misère, toutes les sources d'insalubrité, les eaux malsaines, les égouts, les latrines, les fosses d'aisances, les dépotoirs, n'engendrent pas le principe spécifique de la fièvre typhoïde, pas plus qu'elles ne font naître le germe de la variole : mais il est certain que l'encombrement et toutes les causes d'insalubrité réunies dans les habitations ont une part puissante au développement, à la propagation et à la gravité de la maladie.

Les égouts, les fosses fixes, les dépotoirs, malgré les inconvénients graves qu'ils présentent, n'ont pas pour effet de propager directement la dothiénentérie, par la raison que tous les germes spécifiques des maladies humaines y sont détruits par le méphitisme. Ce méphitisme est très dangereux à un autre point de vue, mais c'est à son action sur les germes contagieux que les vidangeurs et les égoutiers doivent d'échapper aux diverses maladies qui peuvent avoir pour réceptacle les matières fécales.

Les germes contagieux ne sont pas détruits seulement par le méphitisme fécal, mais encore par l'action oxydante de l'air qui a le double avantage de détruire les germes contagieux et en même temps de neutraliser le méphitisme, de sorte que, dans la question si difficile de l'assainissement des égouts de Paris, les deux indications principales à remplir sont de l'eau en abondance, pour empêcher la stagnation des matières, et une aération constante pour les assainir.

Dans les petites localités où apparaît la dothiénentérie sous forme épidémique, on remonte presque toujours au fait d'importation et l'épidémie se développe plus ou moins selon les circonstances

locales qui en favorisent le développement. C'est alors que les eaux chargées du principe infectieux jouent un grand rôle ; encore ici les causes d'insalubrité n'ont pas fait naître le germe de la maladie, mais elles ont contribué à le propager. L'épidémie s'éteint sans laisser de trace et sans que l'insalubrité dans le village ait disparu.

M. Fauvel termine en signalant l'analogie frappante qui existe entre la manière dont se comporte la dothiénentérie en France et l'allure qu'affectent les maladies pestilentielles exotiques (choléra, fièvre jaune, peste). Mêmes foyers épidémiques où les natifs sont épargnés et où les étrangers puisent le germe de la maladie ; mêmes épidémies plus ou moins lointaines, importées des foyers épidémiques dans des pays exempts de la maladie. Cette analogie ne donne-t-elle pas à penser que la dothiénentérie se rattache à une loi commune qui régit ces grandes manifestations pestilentielles ?

— M. Peter ne veut ajouter que quelques mots à sa précédente argumentation :

Mon esprit, dit-il, n'est pas fermé aux idées du progrès ; il ne l'est qu'aux idées erronées et dangereuses. J'ai voulu surtout combattre des doctrines que je considère comme dangereuses, appliquées à la médecine humaine, doctrines n'ayant eu jusqu'ici que des applications à la médecine vétérinaire et n'ayant d'ailleurs pas reçu du temps ni de l'observation une consécration suffisante. La doctrine pastorienne renferme, je le reconnais, deux idées séduisantes, mais non moins périlleuses que séduisantes, celle de l'atténuation des virus et celle de l'inoculation préventive de ces virus atténués ; or, il y a eu des accidents à la suite de ces inoculations, soit que le virus n'ait pas été suffisamment atténué, soit que le support vivant, qui l'a reçu, ait présenté une prédisposition, une réceptivité spéciales. En outre, l'immunité ainsi acquise est de courte durée, ce qui entraîne l'obligation de renouveler ces inoculations, et, partant, leurs dangers.

S'il ne s'agissait que de réserver ces applications à l'agronomie ou à la médecine vétérinaire, je pourrais me désintéresser de la question ; mais il en est tout autrement quand il s'agit d'appliquer cette doctrine à la médecine humaine ; il y a là une question de médecine sociale, pour ainsi dire, dont je ne saurais me désintéresser, que je considère de mon devoir de défendre et de protéger contre les envahissements de la chimiatrie.

Il se passera encore un grand nombre d'années avant qu'un Saint-Arnaud de l'avenir puisse faire bénéficier ses soldats du vaccin du choléra ou qu'un Rochard de l'avenir puisse vacciner ses marins contre la fièvre jaune ; ce sont là des hypothèses bien vagues, des espérances bien décevantes et même dangereuses, car, comme l'a justement dit M. Jaccoud, avec cette façon de procéder, il peut arriver qu'en visant le microbe on abatte le patient, ce que j'ai moi-même répété, sous une autre forme, en disant que la médication microbicide devenait parfois une médication homicide. Là est le péril, il n'est pas ailleurs ; il faudrait fermer les yeux à la lumière pour ne pas le voir. Voilà le danger que je considère comme un devoir de combattre ; je n'y faillirai pas.

— M. le Président déclare close la discussion sur la fièvre typhoïde. Il rappelle que plusieurs des orateurs qui ont pris part à cette discussion ont émis des propositions qui devraient être soumises au gouvernement. En conséquence, il propose de nommer une commission destinée à étudier les questions de prophylaxie qui ont été soulevées et à soumettre des conclusions aux autorités compétentes.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Blot, Chatin et Rochard, cette proposition est adoptée. La commission sera composée de MM. Rochard, Fauvel, Bergeron et Hardy.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 avril 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Desprès dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Manec, un portrait et deux photographies ayant trait à une opération d'hypertrophie des deux mamelles.

M. Polaillon dépose un travail de M. Grippa sur un cas d'épanchement sanguin considérable de la cavité de Retzius, survenu à la suite d'une rupture musculaire et vasculaire de la paroi abdominale. Le malade a guéri.

— Traitement de l'anévrysme artério-veineux par la méthode sanglante. — Rapport de M. Verneuil sur un travail de M. Reclus.

Il s'agit d'un jeune homme de 15 ans, blessé au jarret par un éclat de verre ; à la suite de cet accident, il se développe un anévrysme artério-veineux. Après plusieurs tentatives de compression, restées sans résultat, M. Verneuil se décida à l'opérer : ligature de l'artère et de la veine au-dessus et au-dessous de la poche ; la tumeur continue à battre très fort ; alors ouverture du sac : hémorrhagie considérable arrêtée avec beaucoup de difficultés par un grand nombre de ligatures. Pansement antiseptique.

Hémorrhagie secondaire, lymphangite ascendante et descendante ; le malade finit par guérir.

M. Verneuil se pose les trois questions suivantes :

1° L'opération était-elle nécessaire ?

2° La méthode employée était-elle la meilleure ?

3° Une même méthode convient-elle à tous les cas ?

Sur le premier point M. Verneuil répond affirmativement. En effet la tumeur était assez volumineuse, le malade souffrait ; de plus la compression directe avait été inutile. L'état du malade revu dernièrement ne laisse rien à désirer. Il y a seulement un peu d'atrophie de la jambe ; les doigts ne sont pas facilement fléchis, ce qui doit tenir à un peu de paralysie du fléchisseur des orteils ; le nerf sciatique poplité interne a dû être légèrement atteint pendant l'opération.

Quant au second point, M. Verneuil, avant d'entreprendre l'opération, avait consulté les classiques, et il a vu que ces derniers disent que les moyens qui conviennent le mieux sont la compression directe et la ligature au-dessus et au-dessous sans ouverture du sac. Mais quand on examine les cas publiés, on voit qu'il y a presque autant de procédés que de chirurgiens. Néanmoins on peut classer les procédés de la manière suivante :

1° Double ligature artérielle sans dénudation du sac ;

2° Le même avec dénudation du sac ;

3° Double ligature artérielle et veineuse sans dénudation du sac ;

4° Le même avec dénudation du sac ;

5° Ouverture du sac ; ligature au dessus et au dessous des artères et d'une veine.

6° Ligature au-dessus ; ouverture du sac ; ligature au-dessous.

7° Dénudation, dissection et extirpation du sac ; ligature au-dessus et au-dessous.

M. Reclus, qui a assisté à l'opération, approuve dans son mémoire la conduite de M. Verneuil, et dit que lorsque, par le retour des battements après la double ligature, on est assuré qu'il y a des collatérales notables qui viennent aboutir au sac, il faut ouvrir celui-ci.

M. Verneuil pense que ce retour des battements n'est pas une indication absolue, car même dans ce cas les anévrysmes peuvent guérir ; il pense que si le cas se présentait de nouveau, il ferait la ligature double, en ne faisant que dénuder le sac sans l'ouvrir. En effet, en agissant ainsi, on pourrait, dans le cas de retour des battements, injecter dans la poche du perchlorure de fer ou de l'hydrate de chloral.

Quant à savoir si une même méthode convient à tous les cas, M. Verneuil ne le pense pas.

Résection radiocarpienne. — Communication de M. Ollier.

L'auteur montre que la résection du poignet, malgré les nombreux adversaires qu'elle compte, peut donner de bons résultats à la condition qu'on opère en temps voulu, c'est-à-dire de bonne heure. Il faut, en outre, que les synoviales tendineuses ne soient pas prises, et il faut faire un nettoyage complet et minutieux des fongosités tuberculeuses. Cette opération est difficile à cause de la quantité d'os qui composent le poignet. Il faut autant que possible chercher à conserver la gaine périostéo-capsulaire.

Le procédé employé par M. Ollier est le suivant : incision parallèle au tendon de l'index jusqu'au poignet ; en ce point l'incision est déviée pour suivre l'axe de l'avant-bras ; incisions de décharge sur le bord interne du cubitus et au niveau du scaphoïde, écartement des tendons, puis résection. Pas de réunion immédiate pour pouvoir modifier ultérieurement les fongosités s'il y a lieu ; pansement antiseptique. Les mouvements de flexion des doigts reviennent assez vite ; ce sont les mouvements d'extension qui sont les plus longs à reparaître.

Dr Henri Bastard.

FORMULAIRE

Prescriptions contre les érections nocturnes de la blennorrhagie.

(Mauriac).

Rec. Sirop de digitale	} àà	50 grammes.
Sirop de morphine		
Bromure de potassium		20 —

M. s. a. — A prendre tous les soirs une cuillerée à bouche de cette potion dans une tasse d'infusion de tilleul.

Ou bien :

Rec. Hydrate de chloral	1 gramme.
Beurre de cacao	q. s.

Pour f. s. a. un suppositoire.

Ou encore :

(Cambillard).

Rec. Bromure de potassium	6 grammes.
Teinture d'opium	2 —
Glycérine	10 —
Eau distillée	150 —

M. s. a. — Pour injections uréthrales. Quatre injections par jour.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

La prostitution en France, études morales et démographiques, par M. le Dr Armand Després.

La prostitution existe dans toutes les Sociétés. Partout il existe des femmes pour faire marchandise de leur corps, et des hommes pour la payer. La disparition de la prostitution, comme celle de la guerre, suppose une société idéale dont la réalisation, si elle n'est pas une chimère, est trop éloignée de nous pour qu'il y ait à s'en occuper. Sans doute, on peut, on doit croire que l'élévation du niveau relatif aux connaissances et à la moralité, comme des conditions matérielles de l'existence, la réduira un jour à de moindres proportions ; mais on peut être assuré que tant qu'il y aura des hommes et des femmes réunis en société, la prostitution existera.

La seule étude directe dont elle puisse être l'objet, dans un sens pratique, est celle-ci : la réglementation sociale doit-elle ignorer la prostitution, c'est-à-dire lui laisser le caractère d'un commerce libre, soumis aux simples règles du droit commun, — ou doit-elle lui donner une place parmi les institutions utiles, et lui imposer une organisation, comprenant des restrictions et des privilèges ? C'est à cela que se réduit, en dehors de l'école et de la prédication, le problème de la prostitution, et c'est à ce titre seul qu'elle sort de l'étude des moralités pour entrer dans celle des législateurs et des hygiénistes.

Le livre que vient de faire paraître M. Armand Després a pour objet de fournir à ceux-ci des renseignements précis. Il se compose à peu près exclusivement de chiffres, de tableaux, de cartes, c'est-à-dire de documents statistiques comprenant une infinité de détails, un peu confus, et dont une partie n'est peut-être pas d'une utilité manifeste ; mais ce sont des faits, dont la récolte a dû coûter beaucoup de recherches ; et, en semblable matière, il faut semer trop pour obtenir assez.

Les chiffres ne valent quelque chose que par les conséquences qu'on en tire, comme une matière brute ne vaut que par la forme qu'on lui impose. Voici ce qui paraît ressortir des recherches de M. Després, dont je reproduirai, aussi textuellement que possible, les conclusions les plus générales.

« Une femme se livre à un homme pour un salaire, et l'homme ensuite ne la connaît plus ; telle est, dans toute sa brutalité, la prostitution. »

La statistique, établie d'après la réglementation de notre pays, donne les résultats suivants :

La prostitution officielle, c'est-à-dire constatée administrativement, compte : 15,057 filles inscrites, dont 7,859 appartiennent à des maisons dites *de tolérance*, celles-ci au nombre de 1,328, et 7,193 filles dites *en carte*, c'est-à-dire vivant seules, dans un domicile à elles.

Ceci représente 1 fille pour 900 hommes, en état par leur âge d'user de la prostitution, et pour 450 célibataires, y compris les soldats et les marins.

A côté de la prostitution réglementée, il existe une prostitution libre, composée de filles de mauvaise vie, qui se vendent au mois, à la semaine, au jour, et perçoivent un salaire sous forme d'argent, de nourriture ou de toilette. Le nombre de ces *filles libres* est évalué à 41,061.

La prostitution libre suit généralement, dans les diverses localités, la prostitution inscrite. Cependant celle-ci est préférée dans nos départements du Midi, et à l'entour des ports de mer et des rassemblements militaires, tandis que partout ailleurs la prostitution libre l'emporte dans les goûts du public.

La prostitution inscrite ou libre n'est pas en rapport avec le chiffre de la population. Elle suit les variations de la richesse individuelle par département ; c'est la richesse qui appelle la prostitution. Il faut donc revenir sur cette idée généralement répandue que c'est la misère qui l'engendre.

Le rapport entre la prostitution et certains crimes, tels que le viol et le vol domestique, est manifeste.

L'influence de la religion dominante dans les diverses localités, catholique, protestante ou israélite, est nulle.

Là où la prostitution est réglementée, les mariages sont plus tardifs et l'accroissement de la population descend le plus souvent au minimum. « C'est là le côté le plus grave de la question. »

Tels sont les principaux résultats que la statistique paraît mettre en lumière. Les tableaux et les cartes dressés par M.

Després poursuivent les formes diverses de la prostitution, et ses rapports avec les circonstances signalées, des grandes cités aux villes moyennes, des sous-préfectures aux cantons, et de ceux-ci aux campagnes elles-mêmes. Je demande à l'auteur distingué qui a pris la peine de les recueillir la permission de lui présenter quelques observations.

La définition qu'il donne de la prostitution ne me paraît pas exacte ; et ceci n'est pas sans importance, parce que, ici surtout, l'idée que l'on peut se faire de la chose dépend beaucoup des termes qui la définissent.

Le fait qu'une femme s'est livrée à un homme pour un salaire ne suffit pas pour constituer la prostitution. Il ne faut pas confondre le sens grammatical du mot *se prostituer* avec la signification sociale qu'il convient d'y attacher. Une femme du monde qui s'abandonne à un amant uniquement pour payer des dettes occultes *se prostitue*, mais elle ne devient pas pour cela une *prostituée*.

Ce dernier terme ne doit s'appliquer qu'aux femmes qui font du trafic de leur corps un métier et qui en vivent. Ainsi les grandes courtisanes, celles qu'honorait l'antiquité, et celles qui, dans les temps modernes, sons des noms successifs, sont devenues des objets de luxe et de ruine, et dont les toilettes font aujourd'hui le principal ornement de nos réunions publiques et de nos promenades, sont des prostituées.

D'un autre côté, je ne me représente pas bien comment on a pu obtenir le dénombrement de la prostitution libre, évaluée à 41,061 filles. « On a compté comme prostituées libres les filles qui n'avaient pas de domicile et étaient notoirement connues pour se livrer au premier venu. Les filles entretenues ont été négligées. »

Ceci paraît difficilement exact. Chacun a un domicile, sauf les vagabonds. On a quelque peine à admettre qu'il y ait en France 41,061 femmes qui vaguent, dépourvues de domicile. Il ne faut pas confondre l'inconduite avec la prostitution. Je crois qu'il y a dans ce nombre beaucoup de prostituées notoires qui ont réussi à échapper à l'inscription. Mais la plupart ne sont sans doute que des femmes de *vie mauvaise*, qui se livrent facilement par goût du plaisir ou pour subvenir à leurs besoins. J'ai déjà fait observer que le fait seul de recevoir un prix quelconque de son corps ne suffit pas pour constituer la prostitution ; d'ailleurs il est admis dans nos mœurs que, tandis que l'homme ne doit rien recevoir de la femme, la femme peut tout accepter de l'homme. Qu'il s'agisse d'une union temporaire ou définitive, comme pour les femmes entretenues ou les ménages irréguliers, ou de rapprochements passagers, qu'il y ait désordre ou régularité relative, ou même honnêteté réelle, l'idée de salaire ne s'attache pas nécessairement à ce que l'homme donne librement et la femme accepte sans scrupule.

Ici donc les nuances sont infinies, et infinies les circonstances dans lesquelles la femme de vie mauvaise échappe à la condition que je considère comme le caractère essentiel de la prostitution : faire de l'abandon de sa personne un métier et en vivre.

Parmi les conclusions de l'auteur, il en est qui sont incontestables. Il pouvait se prévoir, en effet, que la facilité du commerce des femmes soit la cause déterminante de beaucoup de mariages tardifs et de la diminution de la population. Cette dernière n'est pas seulement la conséquence de l'âge trop avancé, de l'amoindrissement de la fécondité par suite de l'abus de plaisirs trop faciles, de l'excessive mortalité d'enfants chétifs ou syphilitiques qu'engendrent de pareilles unions. Elle résulte encore de la stérilité qu'entraîne le genre de vie des filles publiques, et la multiplicité des avortements qu'entraîne la vie dissolue. Mais je ne vois pas bien les rapports qui peuvent exister entre toutes ces circonstances et la réglementation de la prostitution. Quelques comparaisons établies avec certains pays où elle n'existe pas ne me paraissent pas suffisantes pour édifier sur ce point. Il n'est pas encore prouvé que les mœurs soient meilleures, et la syphilis moindre, dans les pays où la prostitution est libre.

Je ferai encore remarquer que, de ce que la prostitution règne dans les milieux riches, il ne s'ensuit pas que la misère soit étrangère à son développement. Il me paraît que précisément c'est la richesse qui attire la misère, et l'attire de loin. Il faut prendre garde, en matière de statistique, d'établir entre deux chiffres rapprochés des rapports qui fassent abstraction de facteurs étrangers à eux-mêmes.

Une autre considération plus grave a trait au fond même de la thèse que cet ouvrage a pour objet de soutenir, la suppression de la prostitution réglementée ou officielle.

Nous admettons toutes les conséquences funestes que l'auteur attribue à la prostitution. Mais quelle part y prend la réglementation ? La statistique nous montre que partout la prostitution libre suit la prostitution réglementée. Que celle-ci vienne à disparaître, son personnel se versera dans la première : avec quel avantage ? Il me paraît bien difficile de l'apercevoir.

La plupart des objections que l'on peut opposer à la réglementation de la prostitution sont des objections de sentiment. Il est choquant de voir l'Etat attribuer à la prostitution une sorte de légitimité en lui imposant une organisation officielle. J'avoue que je ne suis pas très touché des entraves apportées à la liberté des filles publiques. En dehors des professions dites libérales, il n'en est guère dont les membres, depuis les plus élevés jusqu'aux moindres, ne soient passablement gênés dans leurs mouvements. Cependant, il y a, dans le stigmate infligé par l'inscription, assez analogue à la surveillance des libérés, quelque chose qui rappelle trop la sentence des portes de l'enfer, et qui s'oppose avec trop d'inflexibilité au retour à la vie commune.

La plus sérieuse objection, il me semble, est celle-ci : que la réglementation de la prostitution ne sert pas à grand'chose. Son objectif réel, outre l'avantage de tenir la main de la police dans un monde interlope, n'est autre que la préservation des maladies vénériennes. Je ne prétends pas qu'elle n'ait quelques effets utiles sous ce rapport. L'Angleterre elle-même l'a reconnu, malgré sa répugnance pour de semblables interventions, car elle a institué une police de la prostitution dans quelques-uns de ses ports. J'ai raconté moi-même récemment, dans la GAZETTE MÉDICALE, dans quelles circonstances des mesures restrictives, analogues aux nôtres, ont été prises par elle dans les grands ports de la Chine, à Hongkong et à Shanghaï.

Mais, prenons l'ensemble de notre pays. Il y a, il est vrai, 15,000 filles publiques sur lesquelles s'exerce, plus ou moins bien, la surveillance tutélaire de la police. Mais les 41,000 filles libres y échappent, sans compter le reste. Et les hommes ? Il faut bien admettre que leur rôle, comme agents de transmission des maladies vénériennes, n'est pas inférieur à celui des femmes. On voit que les bénéfices assurés par la réglementation de la prostitution se réduisent à peu de chose.

Que faire alors ?

On trouvera dans l'ouvrage de M. Després, outre la repro-

duction d'une intéressante conférence sur le faible accroissement de la population en France (qu'il attribue trop exclusivement aux conséquences de la prostitution, et de la prostitution réglementée), quelques pages pleines de verve et d'émotion, où il expose le tableau lamentable des ravages que la syphilis exerce sur la population, c'est-à-dire sur la reproduction de l'espèce, à laquelle elle assure une effrayante mortalité, on immédiate ou prématurée.

Le remède qu'il propose est une législation nouvelle, frappant comme un délit, non pas la syphilis elle-même, ainsi que le faisait l'ancienne législation, mais la transmission de la syphilis. Le point de vue présenté par le savant et spirituel chirurgien est d'une absolue vérité. Il est incontestable que celui qui transmet la syphilis doit des dommages et intérêts à sa victime. Personne ne peut en douter en équité. Quand viendra-t-on le transformer en droit? Le jour où nous posséderons une législation qui parvienne à réparer toutes les iniquités de l'ordre social, nous aurons la république de Salente.

MAX. DURAND FARDEL.

VARIÉTÉS

L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES.

Nous avons publié, dans notre dernier numéro, le texte d'une pétition au Sénat relative à la suppression de l'inspectorat local des eaux minérales. Nous recevons d'un de nos honorables confrères, très compétent en la matière, les réflexions suivantes à propos d'un article sur le même sujet paru récemment dans la RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Nous pensons un peu et beaucoup comme notre correspondant; aussi avons-nous un double plaisir à lui donner l'hospitalité dans nos colonnes.

Le Journal LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, dans son numéro du 5 avril, consacre un long article à des questions qui nous intéressent.

M. le ministre du commerce doit prochainement instituer une commission extra-parlementaire chargée de rechercher les réformes qu'il y a lieu d'apporter dans la législation sur les eaux minérales. Avant que cette commission soit formée, le rédacteur de la RÉPUBLIQUE FRANÇAISE connaît les questions qui lui seront posées, et il indique le sens dans lequel elle les résoudra; cela nous étonne peu et nous met facilement sur la trace de la source d'où émanent ces renseignements anticipés.

Ce qui nous étonne davantage, c'est que ce journal, qui passe, non sans raison, pour l'éducateur de la démocratie, se soit laissé surprendre au point de se constituer le défenseur d'un privilège. Sommes-nous donc aussi réfractaires qu'on l'a dit à l'esprit de la véritable égalité? Comment, étant républicain, ne suffit-il pas d'être en présence d'un privilège pour en désirer, pour en poursuivre l'abolition?

Parmi les solutions que donne d'avance le rédacteur aux divers points qui seront examinés par la commission à nommer, figure le maintien des inspecteurs attachés à chaque station thermale : c'est la seule question sur laquelle nous voulons aujourd'hui appeler l'attention de nos lecteurs ; c'est elle qui domine toute l'économie du projet dont il s'agit.

On sait que des anciennes fonctions dévolues aux inspecteurs, le décret du 28 janvier 1860 n'en a conservé que deux d'ordre médical : les inspecteurs doivent soigner gratuitement les indigents et adresser chaque année au ministère du commerce un rapport sur l'exercice écoulé. Or, ils ne font pas de rapports, ou ils n'en font que d'insignifiants, et ils ne soignent pas les indigents. Ils ne les soignent pas, non par mauvais vouloir, mais parce que le surcroît de clientèle que leur vaut l'estampille du gouvernement les prive du temps nécessaire pour cette besogne. De tous les médecins qui fréquentent une station, c'est l'inspecteur qui peut le moins s'occuper des pauvres. L'administration supérieure ne l'ignore pas ; mais, comme elle tient aux inspecteurs par des raisons qu'elle ne dit pas volontiers et que nous pourrons dire pour elle, au besoin, elle trouve habile de mettre en avant le prétexte des soins aux indigents.

Veut-on une preuve que l'administration est parfaitement édifiée sur la valeur de cette hypocrite allégation ?

L'année dernière, le 6 mars 1882, le ministre, irrité des revendications de certains inspecteurs révoqués, et voulant couper court aux réclamations pécuniaires ultérieures, dépose, sur la tribune de la Chambre des députés, un projet de loi demandant la suppression du traitement des inspecteurs : « Mais, lui dit-on, ces inspecteurs soignent gratuitement les indigents ; leur traitement, d'ailleurs, est modeste ; il varie de 600 à 1000 francs : que ne le leur laissez-vous en compensation des soins qu'ils donnent aux pauvres ? » — « Point du tout, répondit le ministre, les inspecteurs ne soignent pas plus les indigents que les autres médecins, et, d'ailleurs... » Mais il est plus simple et plus topique de laisser le ministre parler lui-même. Voici donc le texte de l'exposé des motifs du gouvernement qui précède le projet de loi Tirard et dans lequel est jugé et condamné l'argument qui nous occupe : « Les inspecteurs trouvent dans la *notoriété que leur donne ce titre*, et dans *la clientèle qu'il leur attire*, une rémunération suffisante des services qu'ils rendent à l'administration et qui se réduisent à *quelques rapports*, et aux soins qu'ils donnent aux indigents, *soins que les médecins libres accordent eux-mêmes, sans compter*, aux indigents qui s'adressent à eux. »

Est-ce clair ? Est-ce complet ?

Dans une seule phrase le gouvernement établit de la façon la plus péremptoire que le titre d'inspecteur constitue un privilège conférant la notoriété et attirant la clientèle au titulaire, alors que le titulaire ne fait rien de plus, et fait même moins que ses confrères sacrifiés.

Le gouvernement en conclut qu'il ne doit pas payer des fonctionnaires qu'il enrichit par ces moyens manifestement immoraux, et quand, au nom de la logique, de la justice, on lui demande la suppression de fonctionnaires depuis longtemps sans fonctions, il opposerait une fin de non-recevoir tirée de ce même argument qu'il a pris soin de ruiner, et qui n'a plus à ses yeux aucune valeur !

Cela nous semble impossible, mais il nous semblait impossible également que la RÉPUBLIQUE FRANÇAISE se fît jamais l'écho d'une thèse aussi contraire à ses principes, et c'est cependant ce qu'elle ait. Force nous est donc de reprendre l'examen des soi-disant raisons, bien souvent réfutées déjà, mais qu'on ne se lasse pas de fremettre en avant pour maintenir un insoutenable privilège. Nous en montrerons, une fois de plus, le peu de fondement.

M...

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Krishaber, qui a succombé mardi dernier à la fièvre typhoïde. Notre regretté confrère avait été cruellement frappé, il y a un mois à peine : il avait perdu sa femme. Le chagrin est une de ces causes malheureusement trop banales qui doivent entrer aussi en ligne de compte dans l'étiologie et surtout dans le pronostic de la fièvre typhoïde.

Krishaber s'était fait une place à part dans l'étude des maladies du larynx, mais il avait su ne pas se renfermer dans le cercle étroit d'une spécialité et il a attaché son nom à des travaux relatifs à d'autres branches de la médecine : il suffit de citer, comme exemple, la *névropathie cérébro-cardiaque*. Il jouissait, dans le corps médical, d'une estime fort méritée.

— M. le docteur Domerc, ancien président de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance, vient aussi de succomber à l'âge de 61 ans.

* * *

Association des médecins du département de la Seine. — L'Assemblée générale annuelle aura lieu dimanche prochain 15 avril, à 2 heures *très précises*, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Béclard, président.

Ordre du jour :

1° Allocution du président;

2° Lecture du compte rendu de l'année 1882 par le secrétaire général;

3° Election d'un président et de deux vice-présidents;

4° Tirage au sort des membres titulaires de la *Commission générale* et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

L'Association a distribué à 6 sociétaires et à 36 veuves ou enfants de sociétaires la somme de 26,900 fr. et à 23 personnes étrangères à l'association celle de 3,100 fr. Elle a inauguré le fonctionnement de la caisse des pensions viagères en servant une pension de 600 fr.

* * *

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Sont admissibles, après les premières épreuves : MM. Poirier, Michaux, Barette, Broca, Ricard, Verchère, Mesnard, Pousson et Tuffiez.

— Le concours de l'adjuvat a commencé le lundi 9 avril, à midi et demie. Le jury se compose de MM. Béclard, Panas, Sappey, Reclus, Farabeuf.

Les candidats, au nombre de dix, sont : MM. Phocas, Hamonic, Barbulée, Assaky, Festal, Boiffin, Métaxas, Marciguey, Deschiens et Damalix.

Législation des eaux minérales. — Le ministre du commerce vient d'instituer une commission extra-parlementaire chargée d'étudier les questions se rattachant à la législation des eaux minérales.

Cette commission, présidée par M. Wurtz, se compose de MM. Mazeau, sénateur; Chantemille et Alicot, députés; Picard, conseiller d'État; Girard, directeur général du ministère du commerce; Rochard, inspecteur des services de santé de la marine; Jacquot, inspecteur général des mines; docteur Tillot, inspecteur des eaux de Luxeuil, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris; docteur Marcelin Cazeaux, secrétaire de la Société d'hydrologie. Ce dernier remplira les fonctions de secrétaire.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 29 mars au jeudi 5 avril 1883.

Fièvre typhoïde 27. — Variole 9. — Rougeole 31. — Scarlatine 1. — Coqueluche 11. — Dipthérie, croup 44. — Dysenterie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 66. — Phthisie pulmonaire 250. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 75. — Malformation et débilité des âges extrêmes 64. — Bronchite aiguë 57. — Pneumonie 145. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 43, — au sein et mixte 29. — Inconnu 0. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 103. — de l'appareil circulatoire 88. — de l'appareil respiratoire 110. — de l'appareil digestif 51. — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 39. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1312 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE ;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN ;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 19 avril 1883.

LA MÉTHODE DES BAINS FROIDS DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Aux documents que nous avons publiés dans deux précédents articles (1) pour édifier nos lecteurs sur les résultats obtenus à l'étranger dans le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, il convient d'en joindre un dernier, de publication toute récente, et qui offre, au point de vue de la thèse que nous avons soutenue ici, une importance exceptionnelle. C'est la statistique des cas de fièvre typhoïde traités à l'hôpital général de Hambourg, depuis le mois de juillet 1869 jusqu'à la fin de l'année 1877 (2).

En puisant au hasard dans les statistiques émanant de différents services hospitaliers de l'étranger, nous croyons avoir fourni la preuve que, tout bien considéré, le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, dit de Brand, n'a pas donné les résultats brillants affirmés par M. Brand et par les partisans de sa méthode, et que, d'une façon générale, les chiffres de mortalité par fièvre typhoïde, relevés dans les services hospitaliers de Paris, soutiennent avantageusement la comparaison avec les chiffres de mortalité accusés par les statistiques étrangères, y compris celles des hôpitaux où la médication refrigérante est appliquée d'une façon rigoureuse au traitement de la dothiénentérie bénigne ou grave.

En matière de comparaison, les partisans de la méthode des bains froids ont coutume de procéder à leur façon. Ils mettent en parallèle les chiffres de mortalité relevés dans un même hôpital avant et après l'introduction de la médication réfrigérante et, pour donner plus d'ampleur à leurs statistiques, ils n'hésitent pas à remonter très loin dans le passé. Ils relèvent, par exemple, les cas de fièvre typhoïde dont il est fait mention sur les registres d'un hôpital pendant les vingt et trente dernières années, sans souci de la question de diagnostic, qui a bien son importance lorsqu'il s'agit d'une époque où la fièvre gastrique et d'autres dénominations similaires devaient englober bien des cas de dothiénentérie bénigne, sans tenir compte de l'influence que pouvaient exercer sur la léthalité les traitements intempestifs en honneur à une époque encore peu lointaine, et cette diète rigoureuse à laquelle on soumettait les fébricitants pendant un septenaire et plus, et les conditions variables de l'hygiène hospitalière. C'est surtout en procédant de la sorte, qu'on a pu dire et faire croire, au sujet de la médication par les bains froids, qu'elle avait abaissé le taux de la mortalité par fièvre typhoïde dans une mesure tout à fait étonnante.

(1) Voir numéros 3 et 11.

(2) GLAESER, MITTHEILUNG AUS DEM HAMBURGER ALLGEMEINEN KRANKENHAUSE. BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1883, no 14.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-HISTORIQUE

Suite — Voir les numéros 8, 10 et 15.

V, VI et VII. — Tout, dans les siècles passés, n'est pas si noir que l'histoire des sorciers. M. A. Corradi (de Pavie) nous l'a bien prouvé par ses recherches sur l'anesthésie et les anesthésiques dans la chirurgie du moyen âge (1). Cette belle étude n'est autre chose qu'une excursion partielle d'un médecin érudit dans le Décaméron de Boccace ; et à propos de la dixième nouvelle de la quatrième journée du Décaméron, M. Corradi a montré quel parti on pouvait tirer des lectures purement littéraires au point de vue de l'histoire de la science.

C'est un véritable travail d'exégèse médicale qu'a entrepris et mené à bonne fin le savant professeur de Pavie.

De cette curieuse étude, il ressort que si les vertus de la mandragore étaient restées ignorées de l'antiquité, elles furent bien connues des sorciers et des médicastres du moyen âge aussi bien que des médecins.

Dans la préface de son attrayant et si instructif mémoire, M. Corradi s'est plaint de l'abandon dans lequel les médecins mettent les œuvres littéraires. Il trouve dans cet abandon l'explication du dédain que les historiens des littératures par un juste retour témoignent pour la littérature médicale, qu'ils laissent, en général, dans l'ombre, comme étant de la compétence des seuls initiés. Cette sorte d'oubli, qui est on ne peut plus réelle en France, est cependant un peu moins absolument vraie en Italie, où les Andrès et les Tiraboschi ont fait entrer dans leurs Histoires des littératures, non seulement l'histoire de la littérature médicale, mais même l'histoire des ouvrages d'astronomie et de mathématiques. Nous n'en devons pas moins féliciter M. Corradi d'avoir tenté de soustraire la médecine à cet espèce d'ostracisme. Aussi bien, nul ne serait dans de meilleures conditions que le savant professeur de Pavie

(1) *Della anestesia e degli anestetici nella chirurgia del medio evo, dissertazione del prof. Alfonso Corradi*, Milano, in-8o, 1879.

Il n'y a qu'une manière sûre de se faire un jugement exact sur la valeur d'une médication appliquée au traitement d'une maladie comme la fièvre typhoïde, aux complications si multiples, et dont le pronostic est subordonné à tant de circonstances variables suivant les lieux et les temps, les unes extérieures et les autres inhérentes au malade. Il faut, pour cela, expérimenter cette médication parallèlement avec d'autres procédés de traitement, afin d'éviter de lui attribuer des résultats qu'on eût obtenus avec telle autre manière de faire; il faut aussi prolonger l'expérience pendant un laps de temps assez long et la faire porter sur un nombre relativement considérable de malades, placés dans des conditions comparables, pour se soustraire, autant que possible, aux causes d'erreurs dépendant du caractère variable des épidémies, de la constitution et de la résistance des individus, du milieu nosocomial, des caprices du hasard, etc. Cette expérience, qui ne saurait être improvisée en quelques semaines ni même en quelques mois, a été réalisée à l'hôpital de Hambourg, et elle n'a nullement tourné à l'avantage de la méthode de Brand, comme on va en juger.

Du 1er juillet 1869 à la fin de l'année 1877, 3,285 typhoïdiques ont été traités à l'hôpital général de Hambourg; 252 sont morts, soit 7,7 0/0. Il suffit de consulter le tableau ci-joint pour reconnaître combien cette proportion générale de 7,7 0/0 est peu propre à renseigner sur les oscillations considérables de la mortalité par fièvre typhoïde, aux différentes périodes annuelles et dans les différents services. Mais poursuivons.

Les malades traités pour la fièvre typhoïde étaient répartis entre quatre services ou divisions; dans les quatre divisions de l'hôpital, le traitement par les bains froids a été appliqué dans toute la rigueur des prescriptions de Brand pendant les années 1869, 1870, 1871, 1872 et 1873. Voici les chiffres de mortalité relevés pendant cette période :

		Malades	Décès	Proportion
1869	1re division	36	4	11,1 0/0
	2e »	37	1	2,7 »
	3e »	37	3	8,1 »
	4e »	64	3	4,6 »
		174	11	6,3
1870	1re division	75	8	10,6 0/0
	2e »	107	7	6,5 »
	3e »	91	3	3,2 »
	4e »	0	0	0
		273	18	6,5 »
1871	1re division	48	6	12,5 0/0
	2e »	53	4	7,5 »
	3e »	78	9	11,5 »
	4e »	59	4	6,7 »
		238	23	9,6 »
1872	1re division	85	12	14,1 0/0
	2e »	96	8	8,3 »
	3e »	102	6	5,8 »
	4e »	92	7	7,6 »
		375	33	8,8 »
1873	1re division	69	9	13, 0/0
	2e »	102	10	9,8 »
	3e »	122	9	7,3 »
	4e »	127	8	6,2 »
		420	36	8,5 0/0

Ces résultats sont, dans leur ensemble, des plus satisfaisants, et les partisans de la médication réfrigérante systématique y pourraient voir la justification de leur engouement pour les bains froids, sans ce qui va suivre.

En effet, à partir de l'année 1874, on supprimait complètement le traitement par les bains froids, dans la première et la deuxième division, pour recourir au traitement dit symptomatique; dans les troisième et quatrième divisions, on continua de baigner les malades, mais en élevant la température des bains. Or, les résultats obtenus ont été encore meilleurs, comme l'attestent les chiffres ci-dessous :

		Malades.	Décès.	Proportion.
1874	1re division	94	8	8,5 0/0
	2e »	166	9	5,4 »
	3e »	158	13	8,2 »
	4e »	0	0	0 »
		418	30	7,1 »

pour réconcilier notre science avec les littérateurs, lui qui a victorieusement démontré combien les médecins peuvent être utiles et parfois seuls autorisés, lorsqu'il s'agit d'élucider certains passages des œuvres classiques.

M. Corradi vient de nous adresser trois récentes brochures. Dans la première, qui n'est qu'une étude bibliographique, le savant professeur de l'Université de Pavie fait une analyse critique du beau travail historique de Pericoli Pietro (1) sur un hôpital de Rome (Sainte-Marie de Consolation) depuis ses origines jusqu'à nos jours.

La seconde brochure (2) reproduit une lettre inédite de Scarpa adressée au comte Antonio Greppi. Le physiologiste, encore jeune, expose et défend dans cette lettre les théories de Michel Rosa sur la plénitude incomplète des artères chez l'animal vivant, sur l'existence d'un principe qui raréfie, puis augmente le sang dans les artères, etc.

(1) *L'Ospedale di S. Maria della Consolazione di Roma dalle sue origini ai giorni nostri, imola.*
(2) *Una lettera fisiologica dello Scarpa.* — Milano, 1882.

La troisième brochure (1) renferme une description de documents historiques pouvant intéresser la médecine, qui ont été exposés par les archives royales de l'Etat de Modène en 1882, au moment où s'ouvrit le Congrès de l'Association médicale italienne. On y voit signalés surtout et presque exclusivement des documents relatifs à l'Université de Ferrare, à celle de Modène et à celle de Reggio. Il suffira de citer les noms de Michel Savonarole (l'aïeul de Jérome Savonarole), de Fallope, de Malpighi, de Ramazzini, de Torti, de Spallanzani, de Scarpa, de Vallisneri (on écrit à tort, paraît-il, Vallisnieri), parmi les signataires des autographes soumis à l'examen du public, pour révéler l'intérêt qu'a eu cette exposition.

VIII.—C'est par un discours historique que M. le docteur Henri Bourru, professeur d'hygiène et de pathologie exotique à l'école de médecine navale de Rochefort, a inauguré son cours de l'année dernière. Et pour justifier en quelque sorte son excursion dans les domaines de l'histoire, il a eu soin de restreindre son étude à une question de médecine locale. M. Bourru, en effet, s'est occupé

(1) *Esposizione di documenti storici. In Modena.* — In-8o, Milan, 1882.

		Malades	Décès	Proportion
1875	1re division	111	10	9,0 0/0
	2e »	180	15	8,3 »
	3e »	177	13	7,3 »
	4e »	205	18	8,7 »
		673	56	8,3 »
1876	1re division	75	8	10,6 0/0
	2e »	115	6	5,2 »
	3e »	109	11	10,0 »
	4e »	100	4	4,0 »
		399	29	7,2 »
1877	1re division	104	4	3,8 0/0
	2e —	92	8	8,6 »
	3e —	0	0	0 »
	4e —	119	4	3,3 »
		315	16	5 0/0

Nous n'ajonterons qu'une réflexion, c'est celle dont M. Glaeser fait suivre cette statistique : A quoi bon imposer an personnel d'un hôpital le surcroît de fatigue nécessité par l'emploi de la balnéation systématique, pour en arriver à des résultats qu'il nous est facile d'obtenir avec des médications moins coûteuses, d'une exécution plus facile, moins pénibles pour le malade et pour son entourage ?

E. Ricklin.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Quatre cas d'étranglement interne traités par la laparotomie, par G. Bouilly, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Suite. — Voir le numéro 15.

II. — Étranglement interne par bride. — Laparotomie. — Mort (1).

Le 5 octobre 1882, à 5 heures de l'après-midi, j'étais appelé à la Maison municipale de santé pour voir une malade entrée dans la journée avec des accidents d'étranglement interne. (Service de M. Ed. Labbé.) C'est une jeune femme de 31 ans, cuisinière, de belle constitution, jouissant d'une très bonne santé habituelle. Il y a trois ans, elle eut une péritonite aiguë de laquelle elle guérit complètement, tout en conservant quelques douleurs dans le ventre.

Il y a cinq jours, le 1er octobre, la malade, ordinairement constipée, a commencé à ressentir de vives douleurs dans le ventre. A partir de ce jour, elle n'a rendu par l'anus ni gaz ni matières fécales. Il y a trois jours, un médecin de la ville constata les symptômes d'une occlusion intestinale et prescrivit les moyens médicaux usuels.

A son entrée, le 5 octobre au matin, la malade présente de la façon la plus nette les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë. Facies abdominal très accentué, les yeux sont enfoncés dans les orbites, le nez est effilé et froid, les lèvres légèrement bleuâtres. Les extrémités sont froides ; la température axillaire est de 36o5 ; le pouls est petit ; la langue sèche.

Les vomissements présentent l'aspect franchement fécaloïde.

Le ventre est dur, ballonné, sans être très volumineux ; il est très douloureux à la pression. La malade dit avoir ressenti au début une douleur dans la fosse iliaque droite et le ballonnement aurait commencé de ce côté. Urines rares.

Les commémoratifs, le brusque début de la maladie, le siège de la douleur primitive, le ballonnement du ventre, font penser à un étranglement interne par bride péritonéale. La suppression presque complète des urines et le début du ballonnement font émettre l'hypothèse d'un étranglement au niveau de l'intestin grêle.

Les purgatifs et les lavements sont employés inutilement ; puis on a recours au lavement d'eau de Seltz et à la faradisation, un conducteur étant appliqué à l'anus, l'autre sur l'abdomen. Le tout inutilement. Aussi se décide-t-on à demander un chirurgien.

A 5 heures du soir, l'état de la malade s'est beaucoup aggravé ; le nez, la langue, les extrémités sont froides et cyanosées ; la respiration est fréquente ; le pouls ne peut se sentir à la radiale. Les vomissements sont devenus plus rares et les douleurs abdominales ont presque complètement cessé.

En présence de cet état grave, j'hésitais fortement à intervenir ; je craignais de voir succomber la malade au premier coup de bistouri ou aux premières inhalations de chloroforme, ou de trouver un intestin perforé ayant vidé son contenu dans le péritoine.

Deux seringues d'éther furent injectées sous la peau ; la température axillaire fut prise et donna 36o5, comme le matin.

Je me décidai à intervenir, persuadé que la malade n'avait plus que dans l'opération son unique chance de salut, si minime que fût celle-ci.

(1) Les détails de cette observation m'ont été obligeamment fournis par M. Jardet, interne du service.

des épidémies meurtrières qui, en 1694, ravagèrent la ville naissante de Rochefort et les environs (1).

Si nous en croyons la relation qu'a laissée de ces épidémies Chirac, le professeur de Montpellier, dont la réputation était déjà très brillante et qui avait été appelé à apporter les secours de son art, la population fut d'abord en proie à la rougeole et à la petite vérole, auxquelles succédèrent des fièvres subintrantes doubletierces.

Après celles-ci « des fièvres malignes pourprées et non pourprées régnèrent à la fin du mois de juin. »

Enfin « cette espèce de fièvre devint pestilentielle le mois de juillet et le mois d'août suivants. »

C'est à discuter la nature de ces trois dernières sortes de fièvres, subintrantes, malignes et pestilentielles, que M. Bourru a consacré son intéressante dissertation. Pour lui, l'hésitation ne serait possible qu'entre une première apparition de la fièvre jaune en Europe et une dernière épidémie de peste en Occident. Sans se prononcer formellement, M. Bourru a accumulé les raisons qui le portent à croire plutôt à la peste orientale.

IX.—Sous ce titre alléchant : *Curiosités sur l'histoire de la médecine* (1), M. Emile Rivière a donné dans un premier fascicule deux études très intéressantes.

La première a trait à ce marchand d'orviétan connu sous le nom de *Grand Thomas*, qui, sous le règne de Louis XV, arrachait les dents du bon public, guérissait presque toutes les maladies, et tirait même l'horoscope. Il tenait naturellement ses assises sur le Pont-Neuf, à tel point que le spirituel, le trop léger, le grivois abbé de Grécourt, avait surnommé ce charlatan *le brillant pendant d'oreille du Cheval de Bronze*.

On lira avec le plus vif attrait cette trop courte notice si pleine de documents.

La deuxième étude est consacrée à l'examen d'un chapitre du *Jardin des nobles* (manuscrit du XV• siècle écrit par Pierre-des-Gros, de l'Ordre des frères Mineurs. M. Emile Rivière nous

(1) In-8 de 30 pages. Paris, O. Doin, 1882.

(1) Grand in-8 de 28 pages. Paris, G. Chamerot, 1882.

L'anesthésie est obtenue avec précaution et sans aucun incident; le cathétérisme montre que la vessie est vide.

Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche, dans l'étendue environ de 12 cent., commençant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Il s'écoule de l'abdomen une légère quantité de liquide séro-sanguin. Les anses de l'intestin grêle apparaissent fortement distendues et congestionnées.

L'épiploon est sorti et couvert de linges chauds; les anses intestinales qui font hernie dans la plaie sont explorées et rentrées au fur et à mesure.

Après avoir ainsi passé en revue 50 à 60 cent. d'intestin, le doigt tombe sur une partie fortement bridée par un cordon dur, blanc, qui étreint solidement l'intestin. Cette bride est facilement amenée en dehors avec l'anse qu'elle étreint et elle est sectionnée sur le doigt, après certitude qu'il ne s'agit pas d'une anse ou d'un diverticule intestinal. Au niveau de la striction, les tuniques de l'intestin sont affaissées, d'une couleur marron et réduites à la couche péritonéale; la gangrène est évidente.

Le point sphacélé est amené au dehors et une ouverture est pratiquée sur l'intestin gangréné qui laisse échapper 5 à 600 grammes d'un liquide jaunâtre, fécaloïde. Cette anse intestinale ouverte est solidement fixée par des points de suture à la partie inférieure de la plaie pariétale, de manière à y établir un anus contre nature. Le reste de la plaie est fermé par des sutures. — Lavage soigné de la région. — Pansement de Lister. — Injection de 20 gouttes d'éther.

La malade sort facilement du sommeil chloroformique et présente une légère agitation. A huit heures du soir, c'est-à-dire deux heures après la fin de l'opération, elle succombe sans autres phénomènes que de l'agitation.

Je n'ai pas eu de détails sur l'autopsie, qui n'a pas sans doute été faite.

(A suivre.)

PATHOLOGIE MÉDICALE

DES RAPPORTS DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE AVEC LA SYPHILIS, par le docteur F. DE RANSE.

Suite. — Voir les numéros 14 et 15.

Après la statistique, le principal argument que font valoir les partisans de la spécificité de l'ataxie locomotrice est tiré de l'observation clinique et des effets curatifs du traitement antisyphilitique. Un individu présente des phénomènes tabétiques : on lui administre du mercure et de l'iodure de potassium; il guérit ou il est soulagé : on en conclut qu'il a une ataxie syphilitique. Ici les causes d'erreurs sont nombreuses.

Et d'abord il faut résoudre la question de savoir si l'on a affaire à des phénomènes tabétiques accidentels, isolés, transitoires, tonjours symptomatiques, ou à l'ataxie locomotrice progressive avec son évolution, son type classiques. Le diagnostic n'est pas toujours facile, et M. Abadie, dans un travail communiqué récemment à la Société de médecine de Paris, a dit avec raison qu'on se hâte parfois un peu trop de diagnostiquer une forme fruste de l'ataxie. Je suis convaincu que, dans un grand nombre des cas auxquels je fais allusion, on a simplement affaire à des accidents tabétiques dus à une propagation accidentelle des lésions médullaires spécifiques aux bandelettes externes. Le traitement antisyphilitique, en modifiant ou faisant disparaître ces lésions, améliore ou guérit; quand les éléments nerveux ne sont pas détruits, les symptômes tabétiques.

En second lieu, de ce que l'emploi du mercure et de l'iodure de potassium a contribué à améliorer certains phénomènes d'une ataxie locomotrice parfaitement confirmée, on n'est pas autorisé à conclure que cette ataxie est forcément de nature syphilitique. D'un côté, ces deux médicaments s'emploient avec succès dans bien des cas auxquels la syphilis est notoirement étrangère; suivant M. Vulpian, l'iodure de potassium n'agirait sur l'ataxie locomotrice que par l'influence qu'il exerce en général sur les processus morbides irritatifs à lente évolution; son efficacité ne serait pas plus grande quand il y a des antécédents syphilitiques que quand il n'y en a pas. D'un autre côté, l'ataxie locomotrice présente, dans son évolution, des rémissions spontanées, où elle en offre sous l'influence de médications nullement spécifiques. Le nitrate d'argent a produit, dans certains cas, des améliorations telles qu'il a pu faire concevoir les plus grandes espérances, malheureusement bientôt déçues. J'ai rapporté ailleurs (1) l'histoire d'un ataxique qui semblait être arrivé à la période paralytique, car il ne put venir, il fut apporté dans mon cabinet. Après quelques bains de Néris, il pouvait faire deux kilomètres à pied, appuyé sur une canne. Cette amélioration grandit

(1) ANNALES D'HYDROLOGIE.

---

donne, d'après le travail que M. Paulin Paris publia, en 1837, sur ce manuscrit, les passages relatifs à la chevelure, aux vêtements et à la question des nourrices-mères.

Nous attendons avec impatience le deuxième fascicule de ces *Curiosités*, et nous prierons M. Rivière de ne pas trop nous laisser languir.

(A suivre.)

Dr ALBERTUS.

SERVICE DES ALIÉNÉS. — La préfecture de police vient de réorganiser le service médical de l'infirmerie spéciale des aliénés, près le dépôt de la préfecture. M. le docteur Legrand du Saulle est nommé médecin en chef, en remplacement de M. le docteur Lasègue, décédé; M. le docteur P. Garnier est nommé premier médecin-adjoint, et M. le docteur Ch. Féré deuxième médecin-adjoint.

* * *

ASSISTANCE A DOMICILE. — Le préfet de la Seine vient, par un arrêté, de proroger les fonctions des médecins des vingt bureaux de bienfaisance pour une année, à dater du 15 avril 1883. Les fonctions de ces médecins devaient prendre fin le 15 avril 1883, et il y aurait eu lieu de procéder à de nouvelles élections; mais un règlement d'administration publique sur l'assistance à domicile, élaboré par une commission spéciale, prévoyant des modifications au mode actuel de recrutement des médecins des bureaux de bienfaisance, doit prochainement être soumis au conseil d'État, puis à l'approbation ministérielle. Dans ces conditions, le préfet a jugé qu'il n'y avait pas lieu de procéder à de nouvelles élections et qu'il convenait d'assurer le service jusqu'au jour où le nouveau règlement sera mis à exécution.

* * *

LEGS. — Dans la dernière séance, le président de la Société d'anthropologie a fait connaître que, par une lettre datée de janvier 1867, notre regretté confrère M. le docteur Bertillon léguait à la Société la somme nécessaire pour la fondation bi-annuelle d'un prix de 500 francs sur le modèle du prix Godard. Les fils de M. Bertillon ont demandé que ce prix fût spécialement consacré à des ouvrages de démographie.

et se maintint pendant quelques mois. Puis la maladie reprit sa marche progressive, et une nouvelle saison thermale ne put l'enrayer. De pareils faits peuvent s'observer à la suite de différentes médications : on ne saurait donc être trop prudent dans les conclusions à tirer d'un traitement spécifique.

Je crois d'autant plus sage de formuler ce précepte que généralement la médication antisyphilitique employée serait impuissante à modifier ou à enrayer les accidents si l'on avait réellement affaire à un tabes spécifique. Beaucoup de praticiens se bornent à prescrire de faibles doses de mercure et un ou deux grammes d'iodure de potassium. Quel que soit le résultat de cette médication, on n'en peut rien conclure. S'il est nul, comme les doses sont insuffisantes pour modifier les lésions syphilitiques, on ne peut pas dire que des lésions de cette nature n'existent pas; si le résultat est satisfaisant, en raison de cette même insuffisance des doses, il est possible que la médication ait agi sur un processus d'ordre vulgaire, et l'on ne peut ainsi conclure à l'existence de la syphilis. Chaque fois que l'on a affaire à la syphilis des centres nerveux, et que l'on veut rendre efficace le traitement spécifique, il faut, suivant l'expression de M. Fournier, frapper vite et fort; il faut employer les médicaments spécifiques à haute dose, le sublimé ou le biiodure de mercure à la dose de deux à cinq centigrammes par jour, l'onguent napolitain en frictions à la dose de dix, quinze et même vingt grammes, l'iodure de potassium à celle de quatre à huit grammes. C'est en procédant ainsi qu'on peut juger ou non de l'efficacité de la médication spécifique et partant de la nature des accidents qu'ils sont destinés à combattre.

Une pareille médication a été prescrite et suivie bien rarement dans les observations où l'on invoque l'effet du traitement spécifique pour admettre et démontrer la nature syphilitique de l'ataxie locomotrice. La plupart de ces faits doivent être à bon droit suspects, et cela d'autant plus que le résultat a été plus beau, que l'amélioration a paru plus grande, que la guérison a été plus complète. M. Fournier, dont l'autorité ne sera ici récusée par personne, déclare que dans sa pratique le traitement spécifique ne lui a pas donné un seul cas de guérison, pas plus dans l'ataxie syphilitique que dans l'ataxie vulgaire. Il a noté des améliorations, des temps d'arrêt dans l'évolution de la maladie, comme on en observe à la suite d'autres médications; mais c'est tout : l'ataxie syphilitique, comme l'ataxie vulgaire, reste réfractaire au traitement spécifique.

M. Fournier trouve la raison de ce fait dans l'ancienneté de la maladie au moment où l'on institue le traitement antisyphilique. Le tissu nerveux est alors altéré, détruit; or le traitement spécifique ne peut pas plus le réparer qu'il ne peut combler une perforation syphilitique du palais, effacer une cicatrice syphilitique de la peau, reconstituer un testicule atrophié par la syphilis. C'est au début du processus morbide, avant la destruction des tissus, que le traitement peut agir. Malheureusement à cette période le diagnostic de l'ataxie locomotrice est impossible. Pour M. Fournier, nombre de cas de paralysies oculaires de nature syphilitique guéries par le traitement spécifique, ne sont probablement que des ataxies au début arrêtées par la médication. Ce n'est évidemment encore là, il le reconnait lui-même, qu'une hypothèse.

(*A suivre*).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE, par le professeur FRIEDREICH (1). — II. EMPLOI DE L'HUILE D'EUCALYPTUS DANS LA PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE, par A.-F. CURRIER (2). — III. DE LA DILATATION DIGITALE DU PYLORE, par A. ALBERTONI (3). — IV. DES INJECTIONS PARENCHYMATEUSES D'ACIDE PHÉNIQUE DANS LES CAS DE GRENOUILLETTE, par SKIBNEWSKI (4). — V. NOUVELLE OPÉRATION DU PTOSIS, par PAGENSTECHER (5). — VI. DES DANGERS DES INCONVÉNIENTS ET DES AVANTAGES DU PANSEMENT A L'IODOFORME, par FALKSON (6).

Un mémoire posthume du professeur FRIEDREICH, dont nous avons annoncé la mort récente, renferme un certain nombre d'observations d'hystérie grave, où la cautérisation du clitoris, avec le crayon de nitrate d'argent, a procuré un amendement rapide des accidents nerveux, suivi d'une guérison durable. Dans un de ces cas, il s'agit d'une paraplégie hystérique datant de près de dix-huit mois, et qui avait résisté à l'emploi de remèdes variés; déjà, après la première cautérisation, on constata une amélioration manifeste. Après quatre cautérisations, pratiquées dans l'espace de dix-huit jours, la paraplégie était complètement dissipée. Dans un autre cas, il existait une aphonie hystérique depuis deux ans; le résultat des cautérisations fut tout aussi satisfaisant, et ainsi des autres cas.

Friedreich était loin de partager l'opinion trop exclusive de ceux qui admettent une relation étroite et constante entre les manifestations multiples de l'hystérie et les affections ou irritations du système génital chez la femme. Il croyait néanmoins que lorsque le système nerveux est déséquilibré, et qu'ainsi préexiste la disposition aux accidents hystériques, les excitations parties des organes génitaux peuvent faire éclore ces accidents. Il en serait surtout ainsi des excitations du clitoris, organe très riche en terminaisons nerveuses. Les faits de clitoridectomie publiés autrefois par Braun (WIENER MED. WOCHENSCHRIFT, 1865 et 1866), et par Backer-Brown (Londres, 1866), confirment la notion de ce rapport étiologique, et les observations de Friedreich semblent démontrer que la simple cautérisation du clitoris peut suppléer, au point de vue des effets thérapeutiques à distance, l'excision de cet organe.

— M. F. CURRIER (de New-York), attire l'attention des gynécologistes sur les propriétés analgésiantes de l'huile d'eucalyptus, dont déjà on utilise couramment les vertus fébrifuges et antiseptiques. Le médecin américain vante surtout les bons effets qu'il a retirés de l'emploi de l'eucalyptus comme sédatif, dans les affections douloureuses des ovaires. Il étale une demi-once d'huile d'eucalyptus sur des tampons d'ouate qu'il introduit ensuite dans le vagin. Pour les besoins de la thérapeutique gynécologique, l'huile d'eucalyptus peut aussi être avantageusement associée à l'iodoforme, dont elle atténue la mauvaise odeur.

Nous avons fait connaître aux lecteurs de la GAZETTE MÉ-

(1) VIRCHOW'S ARCHIV., t. 90, p. 220, 1882.
(2) AMERICAN JOURN. OF MED. SCIENCE, 1882, p. 397.
(3) ANNALI UNIVERSALI DI MED. E CHIRURG., janvier, 1883.
(4) WRATSCH, 1883, n. 1.
(5) ARCHIV. FUR AUGENHEILKUNDE, t. XI, fasc. 3, 1882.
(6) ARCHIV. FÜR KLIN CHIRURGIE, t. XXVIII, p. 112.

NICALE les principaux faits d'extirpation du pylore, opération qui a été pratiquée un assez grand nombre de fois en Allemagne dans ces deux dernières années, et qui l'avait été précédemment en France par M. Péan.

Le professeur LORETTA (de Bologne), a complété cette opération, par la distension de l'anneau pylorique pratiquée avec le doigt, dans deux cas de coarctation du pylore ulcéré. Dans les deux cas cette tentative a parfaitement réussi. Les malades se portaient bien et avaient augmenté de poids plusieurs semaines après l'opération.

— Dans deux cas de grenouillette, M. A. SKIBNEWSKI a employé avec succès les injections interstitielles d'acide phénique, remède qui avait déjà donné un cas de guérison à M. Bertels. Chez les deux malades traités par M. Skibnewski, l'hydropisie de la glande sublinguale subsistait depuis plusieurs jours et avait occasionné une tuméfaction considérable du plancher de la bouche et de toute la région antérieure du cou ; chez l'un des malades, la déglutition et l'articulation des sons n'étaient plus possibles, et elles étaient très gênées chez l'autre. La température corporelle dépassait 40o, le pouls était petit et rapide, l'agitation très grande.

Dans le premier cas, M. Skibnewski pratiqua dans la tumeur, en l'espace de cinq jours, treize injections d'une solution d'acide phénique à 2 pour 100 ; la quantité totale d'acide phénique injecté fut de 12 grains (près de 0 gr. 8). Dès la première nuit, ce traitement amena une amélioration marquée ; au bout de dix jours, le malade quittait l'hôpital entièrement guéri.

Dans le second cas, le succès fut plus éclatant encore : l'affection durait depuis quatre jours, et la tumeur s'étendait depuis la cavité buccale jusqu'à la clavicule. Le malade était cyanosé, et, dans l'impossibilité où il se trouvait de remuer la langue, il ne pouvait plus rien avaler, ni parler. Dès le premier soir, on lui fit trois injections phéniquées dans la tumeur ; le lendemain, celle-ci avait considérablement diminué de volume ; le malade était de nouveau en état de parler et de déglutir. Au bout de quatre jours de traitement, la tumeur avait complètement disparu.

— M. PAGENSTECHER a recours au procédé suivant pour rendre à la paupière supérieure sa mobilité, dans les cas de ptosis : Il crée des adhérences cicatricielles entre le muscle frontal et la paupière supérieure, et, à cet effet, il pratique une suture épaisse avec un fil qui fait séton et qui traverse les téguments en allant de l'arcade sourcillière au bord libre de la paupière supérieure. Il s'établit de la sorte un travail de suppuration qui aboutit à la formation d'une bride de tissu conjonctif, véritable tendon reliant la paupière supérieure au muscle frontal. Cette bride tendineuse met le patient à même de relever et d'abaisser sa paupière supérieure paralysée.

— M. R. FALKSON a entrepris d'étudier par voie expérimentale, sur des chiens et sur des lapins, les conditions qui favorisent l'absorption de l'iodoforme déposé à la surface d'une plaie ou d'une membrane séreuse, et le développement des accidents toxiques qui résultent du passage de ce précieux topique dans le sang. Cette question des effets toxiques de l'iodoforme a déjà été examinée dans ce journal, et le travail de l'auteur ne nous apprend pas grand'chose de nouveau. Cependant, il arrive à une conclusion qui mérite d'être signalée. En se basant sur les résultats de quelques-unes de ses expériences, M. Falkson est porté à croire que l'élimination de l'iode, à la suite de l'absorption de l'iodoforme, est proportionnelle à l'activité de la sécrétion urinaire ; il en résulte cette indication, dont les chirurgiens pourront faire leur profit, de surveiller la fonction urinaire chez les sujets pansés à l'iodoforme et de recourir à l'administration des diurétiques, de la digitale en particulier, sitôt que les accidents toxiques se manifestent. Les affections cardiaques, les lésions rénales, et tout ce qui peut contribuer à restreindre la sécrétion urinaire, constitueraient dès lors des contre-indications à l'emploi de l'iodoforme pour les pansements.

E. RICKLIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 avril 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

SUR LA VACCINATION CHARBONNEUSE, par M. PASTEUR.

Les lecteurs de la GAZETTE connaissent les expériences faites par les professeurs de l'Ecole vétérinaire de Turin, et dont les résultats ont été à l'encontre de ceux opposés par M. Pasteur dans les expériences de Pouilly-le-Fort. M. Pasteur a expliqué cette contradiction par le fait que le sang du mouton ayant servi aux inoculations de l'Ecole de Turin était à la fois septique et charbonneux. En présence d'une nouvelle protestation de la part des professeurs de cette école, M. Pasteur vient de leur adresser la lettre suivante qu'il a communiquée à l'Académie :

« Messieurs,

« Une contestation s'étant élevée entre vous et moi au sujet de l'interprétation à donner de l'échec absolu de votre expérience de contrôle du 23 mars 1882, j'ai l'honneur de vous informer que, si vous voulez bien l'accepter, je me rendrai à Turin le jour que vous me désignerez ; vous inoculerez, en ma présence, le charbon virulent à tel nombre de moutons qu'il vous plaira. Pour chacun d'eux, l'instant de la mort sera déterminé, et je démontrerai que, chez tous, le sang du cadavre, d'abord uniquement charbonneux, sera, le lendemain, tout à la fois septique et charbonneux.

« Il sera dès lors établi, avec une entière exactitude, que l'assertion formulée par moi le 8 juin 1882, et contre laquelle vous avez protesté à deux reprises, correspondait, non à une opinion arbitraire, comme vous le dites, mais à principe scientifique immuable, et que j'ai pu légitimement affirmer de Paris la septicémie, sans qu'il fût le moins du monde nécessaire que j'eusse vu le cadavre du mouton qui a servi à vos expériences.

« Un procès-verbal sera dressé, jour par jour, des faits qui se produiront ; il sera signé des professeurs de l'Ecole vétérinaire de Turin et des autres personnes, médecins ou vétérinaires, qui auront été présents aux expériences.

« Enfin, ce procès-verbal sera rendu public par la voie des Académie de Turin et de Paris.

« J'ai l'honneur d'être...

« L. PASTEUR. »

LA PERCEPTION DES COULEURS ET LA PERCEPTION DES DIFFÉRENCES DE CLARTÉ. Note de M. A. CHARPENTIER, présentée par M. Vulpian.

On peut rapporter, suivant l'auteur, la notion de couleur à la perception d'une différence d'excitation de deux appareils différents, appareil de la sensibilité lumineuse brute, appareil de la sensibilité visuelle ou de la distinction des formes, peu importent les noms. Il n'attache pas de signification précise au mot appareil. Sont-ce des éléments rétiniens, sont-ce des éléments cérébraux qui sont en jeu ? Il l'ignore. Mais ce qu'on peut affirmer, dit-il, c'est

qu'il y a deux modes d'action différents des rayons spectraux, excitation différente de deux sortes d'éléments, et appréciation de cette différence d'excitabilité sous forme de sensation de couleur.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE LA CINCHONIDINE. Note de MM. G. SÉE et BOCHEFONTAINE, présentée par M. Vulpian.

Chez l'homme sain (expériences de l'un des auteurs sur lui-même), une heure après l'ingestion stomacale de 1 gr. de sulfate de cinchonidine, l'urine se trouble au contact du réactif de Winkler; après trois heures, le pouls est monté de 75 à 104, la face et les yeux sont rouges, la peau des mains est devenue brûlante; il y a un peu de lourdeur de la tête et une tendance au vertige; quand l'expérimentateur tourne la tête pour regarder en arrière après neuf heures, le pouls est à 70. Au bout de vingt-quatre heures, quelques gouttes du liquide de Winkler rendent l'urine laiteuse; il reste encore dans la bouche un goût amer et fade. Au bout de cinquante heures, l'urine reste limpide au contact du réactif, comme avant l'expérience.

Le sulfate de cinchonidine produit ainsi l'accélération du pouls, la chaleur de la peau, etc.; c'est-à-dire un syndrome fébrile qu'il est, ainsi que la quinine, ordinairement appelé à combattre en thérapeutique.

SUR LES EFFETS DU SÉJOUR PROLONGÉ DANS UNE ATMOSPHÈRE CHARGÉE DE VAPEUR DE CRÉOSOTE. Note de M. POINCARÉ.

La créosote qui, respirée à haute dose, tue généralement les animaux en quelques heures, après avoir déterminé de l'anhélation, des convulsions et du coma, respecte cependant l'existence des ouvriers occupés à imprégner de cette substance les traverses des voies ferrées. Mais les expériences que l'auteur a entreprises sur ce point d'hygiène professionnelle semblent indiquer que ce genre d'industrie peut produire à la longue des altérations anatomiques dignes de l'attention des hygiénistes. La créosote, transportée par le sang, tendrait à modifier la nutrition du tissu conjonctif sur tous les points, particulièrement dans certains organes, tels que le cerveau, le foie, les reins, les poumons, etc.

RECHERCHES SUR LE SYSTÈME VASCULAIRE. DE LA CIRCULATION DES DOIGTS ET DE LA CIRCULATION DÉRIVATIVE DES EXTRÉMITÉS. Note de M. P. BOURCERET, présentée par M. Vulpian.

Conclusions. — A. Il existe dans la dernière phalange des doigts une circulation spéciale permettant un retour rapide du sang. Cette disposition particulière consiste en gros capillaires, très courts, formant des pelotons vasculaires caractéristiques qui permettent une communication facile entre les artères et les veines.

B. Cette circulation spéciale n'est qu'une modification du type général; elle paraît avoir pour but d'entretenir la chaleur du doigt en permettant au sang de passer en abondance.

Ce n'est pas, à proprement parler, une circulation dérivative.

SUR L'ATTÉNUATION DE LA VIRULENCE DE LA BACTÉRIDIE CHARBONNEUSE, SOUS L'INFLUENCE DES SUBSTANCES ANTISEPTIQUES. — Note de MM. CH. CHAMBERLAND et E. ROUX.

Les antiseptiques étudiés dans cette note sont l'acide phénique et le bichromate de potasse. Suivant la dose de l'agent antiseptique, les bactéridies perdent plus ou moins de leur virulence, cessent de faire des spores et finissent par mourir.

La diminution de la virulence des bactéridies ainsi modifiées par les antiseptiques n'est pas passagère; la culture ne ramène pas la virulence. M. Pasteur (1) a montré que, dans le procédé de M. Toussaint, où les bactéridies sont atténuées par un chauffage de dix minutes à 55o, l'atténuation de ces bactéridies n'était pas passagère, puisque leur culture est virulente. M. Chauveau (2), dans des

(1) Pasteur, Chamberland et Roux, *Comptes rendus*, 28 février 1881.

(2) Chauveau, *Comptes rendus*, 12 mars 1883.

expériences récentes, a constaté que des bactéridies dépourvues de germes et atténuées par l'action d'une température de 45o, maintenue deux ou trois heures, recouvraient en grande partie leur virulence par la culture. Les bactéridies atténnées par les antiseptiques, qu'elles donnent ou non des germes, conservent dans les cultures répétées une virulence amoindrie. Il semble donc que les variétés de bactéridies ainsi créées sont d'autant mieux fixées dans leur virulence nouvelle que l'action qui les a modifiées s'est exercée plus lentement sur elles.

Des essais encore en voie d'exécution nous permettent de dire, ajoutent les auteurs, que d'autres antiseptiques exercent sur la bactéridie une action analogue à celle de l'acide phénique et du bichromate de potasse. D'ailleurs, la dose d'antiseptique nécessaire pour produire un effet déterminé varie avec la composition du bouillon de culture. Chacune des variétés de la bactéridie a une action spéciale sur les diverses espèces animales. Ainsi, des bactéridies atténuées par le bichromate de potasse peuvent tuer des moutons ou du moins les rendre très malades (ils sont alors vaccinés), tandis que ces bactéridies ne produisent aucun effet appréciable sur des cobayes et des lapins (ils ne sont même pas vaccinés). D'un autre côté, des bactéridies atténuées par la chaleur (culture à 42o-43o) peuvent tuer des cobayes et des lapins, alors qu'elles ne produisent aucun effet sur les moutons et ne les vaccinent pas. On voit par là combien il faut être prudent dans le choix des vaccins qui doivent être employés dans la pratique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 avril 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE. — M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Féréol comme membre titulaire, en remplacement de M. Pidoux, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Féréol prend place parmi ses collègues.

TRAVAUX PRÉSENTÉS. — *Les microzymas dans leurs rapports avec l'hétérogénie, l'histogénie, la physiologie et la pathologie*, par M. Béchamp. — *Traité des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds*, par M. le docteur A. Coirre, médecin de première classe de la marine. — *Traité de l'herpétisme*, par M. Lancereaux. — *Extraction de la cataracte, retour à la méthode de Daviel*, par M. le docteur Chavernac (d'Aix). — *Chirurgie orthopédique; thérapeutique des difformités congénitales et acquises*, par M. le docteur de Saint-Germain. — *Le rôle des mères dans les maladies des enfants* (5e édition), par M. Fonssagrives. — Rapport sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Villotte (Meuse), depuis le 2 juin jusqu'au 1er août 1882, par M. le docteur Gelly. — *Le photophore électrique frontal*, par M. le docteur P. HELOT et M. G. TROUVÉ. Cet appareil se compose d'une lampe à incandescence dans le vide, comprise dans un cylindre métallique entre un réflecteur et une lentille convergente. Très léger et peu volumineux, il s'applique sur le front comme le miroir des laryngologistes ou des auristes. La lumière qu'il fournit est très intense. Un léger déplacement de la lentille en fait varier le champ avec la plus grande facilité. Placée dans l'axe des yeux, la lumière accompagne pour ainsi dire le regard de l'opérateur, qui n'a nullement à s'en occuper.

Dans les circonstances où l'on préférerait employer l'appareil sans le porter sur le front, rien ne serait plus facile que de le fixer sur un support prenant son point d'appui sur une table, le bras d'un fauteuil ou un meuble quelconque.

La source d'électricité est la pile au bichromate sursaturé de M. G. Trouvé. Elle peut dans ce cas fournir, sans être rechargée, un grand nombre d'heures de travail, soit d'une façon continue, soit à des intervalles aussi longs qu'on voudra.

Ce puissant appareil d'éclairage peut trouver son application

dans un grand nombre de circonstances, qu'il s'agisse d'éclairer un champ opératoire profondément situé on des cavités naturelles, comme la bouche, la gorge, les oreilles, le vagin, etc.

— TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES BAINS FROIDS. — M. BOULEY rend compte des résultats qu'il a constatés de visu du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand, dans un voyage qu'il vient de faire à Lyon. Il insiste sur la nécessité d'instituer le traitement dès le début de la maladie, autant que possible avant le cinquième jour, et il cite plusieurs passages du livre de Brand contenant les règles qui doivent présider à l'application de la méthode. Ce mode de traitement ainsi systématisé serait adopté sans conteste et mis en pratique en Allemagne et à Lyon.

M. Bouley relève en terminant le reproche d'incompétence que lui a fait M. Peter et le retourne à l'adresse de son contradicteur.

M. BLOT fait remarquer de nouveau que les statistiques produites en faveur de la méthode de Brand ne sauraient constituer un argument péremptoire.

— CONJONCTIVITES PURULENTES RHUMATISMALES. — M. MAURICE PERRIN, à l'appui d'une communication qu'il a faite l'an dernier sur ce sujet à l'Académie, rapporte une série d'observations, émanées de divers médecins civils ou militaires, et démontrant que, sous l'influence du rhumatisme, il peut survenir des conjonctivites ayant les caractères cliniques et la gravité des conjonctivites purulentes. Dans ces cas, une fois le diagnostic posé, il faut joindre au traitement local un traitement général antidiatbésique; le salicylate de soude est particulièrement indiqué.

— LES DOCTRINES MICROBIENNES. — M. PASTEUR, pris à partie par M. Peter sur la question d'une prétendue nouvelle maladie rabique, et sur celle de l'atténuation des virus, particulièrement en ce qui concerne le charbon, fait à son contradicteur une vigoureuse réponse.

Sur le premier point, M. Peter a attribué à M. Pasteur des choses que celui-ci n'a pas dites, des erreurs qu'il n'a pas commises, et M. Pasteur le met au défi d'établir une seule de ses assertions.

Sur le second point, l'empressement des cultivateurs à faire vacciner leurs troupeaux (le nombre des vaccinations durant le mois d'avril dépassera le chiffre de 100,000) contraste avec l'opposition de M. Peter. Or on ne saurait les accuser de faire, au détriment de leurs intérêts, du fétichisme scientifique. Depuis le mois de novembre dernier, on n'a pas constaté un seul cas de décès d'un animal à la suite d'une inoculation préventive. L'immunité acquise par ces vaccinations, eu égard à la durée de la vie économique des animaux, dure plus longtemps que celle qui, dans l'espèce humaine, est conférée par la vaccine contre la variole.

M. Pasteur reproche à M. Peter d'avoir parlé légèrement de choses qu'il ne connaît pas bien; d'avoir montré un dédain mal justifié pour l'intervention des chimistes et des physiologistes en médecine, alors que la médecine doit ses plus grands progrès à l'application de la méthode d'analyse que ces savants emploient; d'être ainsi inconsciemment rétrograde; d'avoir mal interprété l'expérience de la poule refroidie chez laquelle le microbe du charbon se développe pour s'arrêter et périr dès que la température de l'animal redevient normale; d'avoir commis un véritable blasphème médical en disant : « que m'importent les microbes ? ce sera un microbe de plus »; d'être allé chercher à l'étranger des arguments erronés pour combattre une découverte toute française.

M. PETER demande la parole pour la prochaine séance.

— DE LA THÉORIE DE YOUNG EN PRÉSENCE DES NOUVELLES DÉCOUVERTES EN ASTRONOMIE PHYSIQUE. — M. GIRAUD-TEULON lit un travail dont voici les conclusions ;

Le spectre solaire n'est pas un phénomène constamment fixe et identique à lui-même.

Formé par la superposition de deux spectres composants obéissant chacun à un mode différent de dispersion, il varie, en chaque région, d'éclat relatif avec l'angle de cette dispersion.

Deux spectres ne peuvent donc fournir des objets d'étude comparative que sous la condition expresse de l'identité de l'angle de dispersion : condition que les observations passées n'indiquent pas avoir été constamment remplie.

D'autre part, contrairement à l'hypothèse implicite qui a présidé jusqu'ici aux études physiologiques sur la lumière, la composition et l'éclat des radiations solaires sont tout autre chose que constants. L'un et l'autre varient au contraire avec grande fréquence et souvent même dans le cours d'une seule séance expérimentale.

Ces faits expliquent suffisamment les incertitudes et les divergences qui caractérisent les observations produites jusqu'à ce jour pour la détermination de la valeur soit lumineuse, soit chromatique d'une région quelconque du spectre.

L'astronomie physique nous apprend encore que la lumière cosmique offre un éclat d'autant plus vif et d'autant plus blanc que son spectre contient un moindre nombre d'éléments chromatiques.

Ce fait confirme pleinement la proposition de M. le docteur Charpentier quant au rôle réel des complémentaires. Lors de la production de la sensation blanche, les éléments chromatiques, loin de se combiner par addition, s'annulent ou se compensent réciproquement.

Ces enseignements nouveaux, d'ordre exclusivement physique, ajoutent leur poids aux considérations purement physiologiques qui s'opposent à la conservation de la théorie d'Young ; ils démontrent la nécessité de reprendre une route imprudemment abandonnée et de ramener l'étude physiologique des sensations chromatiques sur le terrain commun à tous les autres départements sensoriels.

A cinq heures la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 avril 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

M. HORTELOUP lit un travail de M. Pamard (d'Avignon) sur un cas d'amputation ostéoplastique du pied, avec suture osseuse. La suture, faite au moyen d'un fil d'argent maintenu par des plaques de plomb, fut laissée en place pendant vingt et un jours, car l'on avait fait un pansement ouaté. Lorsqu'on enleva le pansement, on constata l'existence de deux escbares au niveau des plaques de plomb. Le malade a guéri ; néanmoins, l'auteur pense que la suture osseuse n'est pas nécessaire et que, comme dans ce cas, elle peut être la cause d'escbares.

M. POZZI pense que le cas de M. Pamard ne prouve pas contre la suture osseuse, mais contre un certain mode de suture osseuse. En effet, M. Pamard a fait la suture par l'intermédiaire des parties molles, et il l'a laissée en place beaucoup trop longtemps. Puisqu'il mettait un pansement ouaté, il aurait dû, au lieu de fil métallique, employer du gros catgut, de façon que les plaques de plomb tombent d'elles-mêmes au bout de quatre ou cinq jours.

M. TRÉLAT, depuis un certain temps, emploie les plaques de plomb, en enroulant le fil d'argent autour d'elles, de façon à pouvoir desserrer la suture à volonté. Il pense, en outre, que, dans aucun cas, il ne faut laisser la suture en place plus de six jours.

— LÉSION ANCIENNE DU RACHIS, AVEC PARAPLÉGIE, LUXATION DE LA ROTULE GAUCHE EN DEHORS, ULCÉRATION DE LA FESSE. — Rapport de M. CHAUVEL sur une observation de M. Guermonprez (de Lille).

Il s'agit d'un homme de trente-huit ans, qui, à la suite d'une chute, se fit une fracture du rachis. Il eut de la paraplégie et finit par guérir complètement. Plusieurs années après, il se fit une luxation de la rotule gauche sans cause appréciable, puis il eut une ulcération de la fesse du même côté. M. Guermonprez voit dans ces lésions une relation ave l'affection de la moelle et pense que

l'on a affaire dans ce cas à des troubles trophiques. Ce n'est pas l'avis du rapporteur, qui ne voit aucun lien entre ces deux ordres de lésions, et il pense que la luxation de la rotule a été amenée peu à peu par l'attitude vicieuse qu'avait la jambe du malade, et dont parle l'auteur dans son observation.

M. Desprès est de l'avis de M. Chauvel et ne croit pas que l'on puisse attribuer la luxation de la rotule à la lésion du rachis. Du reste, dans les hospices, on voit des salles entières de vieillards paraplégiques, et jamais chez eux l'on n'a signalé de luxation spontanée de la rotule. Lorsqu'il se manifeste des troubles trophiques, ceux-ci ne se limitent pas à un muscle, mais ils embrassent un groupe de muscles.

M. Sée pense au contraire qu'il peut y avoir une relation entre les deux lésions. Il a vu, en effet, dans des cas de commotion légère de la moelle, survenir plusieurs semaines après l'accident des lésions assez graves sur la nutrition des os et des muscles, des paralysies, des atrophies, etc.

M. Marchand a vu, chez un jeune homme qui avait une fracture de la colonne vertébrale, survenir spontanément une luxation du genou en arrière.

M. Terrier, d'après les observations qu'il a pu faire à Bicêtre, se range à l'avis de M. Sée et croit à une relation possible entre la luxation et la lésion médullaire.

— Rachitisme et syphilis.—M. Cazin (de Boulogne), vient, dans une très intéressante communication sur ce sujet, combattre les idées émises par M. le professeur Parrot. Il cite nombre de cas de sa pratique hospitalière, dans lesquels le rachitisme était manifeste, sans qu'il ait été possible de découvrir les moindres antécédents syphilitiques. L'auteur termine son remarquable travail en disant que si l'on ne sait pas au juste ce qu'est le rachitisme, cette affection n'est du moins pas une métamorphose de la syphilis.

M. Magitot annonce à la Société que dans une prochaine séance il fera une communication pour démontrer que les altérations dentaires décrites par Hutchinson comme un symptôme de syphilis n'appartiennent pas à cette diathèse. Quant à la relation du rachitisme et de la syphilis, il y a bien des faits qui tendent à prouver que cela n'existe pas. Ainsi il y a des pays, au Japon, aux Antilles, au Mexique, au Pérou, où la syphilis est excessivement commune, tandis que le rachitisme y est inconnu.

M. Lucas-Championnière appuie la communication de M. Cazin. Dans sa pratique il n'a jamais rencontré la syphilis comme cause de rachitisme. Quant aux altérations dentaires d'Hutchinson, Broca disait qu'on les rencontrait chez tous les sujets qui avaient souffert au moment de leur première évolution dentaire.

M. Desprès n'accepte pas non plus les relations de la syphilis et du rachitisme. M. Parrot, pour émettre cette opinion, a pu jusqu'à un certain point se baser sur l'anatomie pathologique, mais la clinique controuve absolument ses idées. D'ailleurs on a démontré que l'on pouvait rendre des animaux rachitiques en leur donnant une nourriture particulière.

M. Magitot fait remarquer que M. Broca a donné comme explication des altérations dentaires, surtout les affections convulsives des enfants. De plus, lui-même montrera prochainement des mâchoires d'animaux ayant les altérations signalées par Hutchinson.

M. Horteloup cite le cas d'un jeune homme de vingt-deux ans qui, examiné par M. Parrot, fut diagnostiqué comme syphilitique héréditaire, à cause des altérations dentaires et des cicatrices aux fesses qu'il portait; or, au moment où M. Parrot faisait ce diagnostic, ce jeune homme avait un chancre syphilitique.

M. Terrier fait remarquer que ce n'est pas le rachitisme, mais l'ostéomalacie que l'on a produit expérimentalement par la nourriture chez les animaux.

Dr H. Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mars 1883. — Présidence de M. Millard.

Paralysie infantile. — M. Damaschino communique, au nom de M. Archambault et en son propre, un travail intitulé : Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur un cas de paralysie spinale de l'enfance avec autopsie au vingt-sixième jour de la maladie.

Il s'agit d'un enfant de deux ans et demi, qui, d'une santé jusqu'alors parfaite, est pris subitement d'un malaise avec abattement notable. Dès le lendemain, au moment de lever le petit malade, on s'aperçoit qu'il chancelle et ne peut se tenir debout. Le jour suivant, les troubles moteurs s'accentuent et le surlendemain le bras droit est affecté à son tour. On amène ce jeune garçon à l'hôpital des Enfants, où le diagnostic de la paralysie infantile est posé immédiatement : on constate, en effet, l'existence de troubles parétiques d'une distribution irrégulière et, en apparence, croisée, la perte des mouvements volontaires portant sur le membre supérieur droit et le membre inférieur gauche ; la contractilité faradique est, en outre, complètement abolie. Les symptômes s'atténuent cependant dans une certaine mesure, lorsque survient une rougeole promptement mortelle.

L'examen cadavérique a permis de constater dans la moelle épinière des lésions tout à fait caractéristiques. Au niveau des cornes antérieures, lombaire gauche et cervicale droite, existait un foyer de ramollissement rouge occupant en presque totalité la hauteur de la substance grise (tephro-myélite antérieure aiguë de M. Charcot). Au microscope, développement considérable du réseau vasculaire distendu par les globules sanguins, accumulation de corps granuleux dans les gaines lymphatiques et, au milieu même de la partie ramollie, atrophie corrélative des grosses cellules nerveuses et des minces tubes à myéline de la corne motrice.

L'emploi de l'acide osmique suivant le procédé indiqué par M. Damaschino a permis de constater dans les cordons antérieurs (les faisceaux pyramidaux et postérieurs étant absolument indemnes), des lésions très intéressantes des tubes nerveux dont la myéline présentait la même altération que dans les racines antérieures (altération identique à celle décrite par MM. Cossy et Déjerine sur les nerfs sectionnés). Des lésions semblables existaient au niveau non seulement des racines antérieures extra-spinales, mais encore du trajet intra-spinal de ces mêmes racines.

Ce fait intéressant est absolument unique ; on n'avait pas encore eu l'occasion d'étudier la moelle à une époque aussi rapprochée du début de la paralysie ; cette observation confirme absolument celles qui ont été précédemment publiées par MM. Roger et Damaschino. Il est extrêmement remarquable que, dès cette époque si rapprochée du début, l'atrophie cellulaire, d'ailleurs circonscrite aux foyers de myélite, ait été aussi complète ; on ne peut donc affirmer d'une manière absolue par quel élément de la substance grise débute le travail pathologique. Il serait possible, en effet, que l'altération des cellules et les lésions vasculaires apparussent simultanément ou même que les cellules étant, dès l'abord, affectées, l'inflammation se propageât immédiatement aux éléments avoisinants.

Par contre, cette observation est absolument péremptoire en ce qui concerne la relation réciproque des lésions spinale et musculaire. L'existence d'une affection primitive de la moelle est désormais incontestable et la nature prétendue myogénique de la paralysie infantile, quoique récemment soutenue encore par Leyden, ne peut plus être l'objet d'une discussion sérieuse.

(A suivre).

FORMULAIRE

Poudre composée contre les sueurs profuses des phthisiques.

Rec. Agaric blanc	0 gr.	10
Poudre de Dower	0 gr.	06
Sucre en poudre	0 gr.	60

M. s. a. — A prendre le soir avant de se coucher.

Lotions vinaigrées dans la journée.
Ou encore :

Rec. Acide salicylique.. 3 parties.
Amidon.......... 10 —
Poudre de talc.... 87 —

M. s. a. — Saupoudrer la poitrine et le dos du malade avec ce mélange, après avoir fait préalablement une lotion avec de l'alcool pour faciliter l'absorption..

Pour éviter l'éternuement, maintenir un linge devant la bouche et le nez du malade au moment de saupoudrer.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques, par le Dr Ch. Vallon (Thèse de Paris, 1882. — Ad. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.)

Les rapports de la paralysie générale et du traumatisme, que l'auteur a eu en vue d'étudier dans son excellente thèse, se divisent en deux parties, qui ont naturellement formé la division de l'ouvrage en deux chapitres distincts.

Dans le premier, M. Vallon cherche à déterminer l'influence des traumatismes craniens sur la production de la paralysie générale.

Dans le second, il s'occupe des affections chirurgicales qui peuvent survenir chez les individus atteints de paralysie générale. D'une part, il étudie les caractères imprimés à l'affection incidente par le paralysie générale préexistante, et, d'autre part, l'influence de l'affection chirurgicale sur la méningo-encéphalite diffuse. Il termine enfin par quelques considérations sur la médecine opératoire chez les paralytiques généraux.

Un mot sur chacun des points traités dans cet intéressant travail.

Avec la majorité des auteurs, M. Vallon commence par admettre l'existence d'une paralysie générale traumatique, et il affirme qu'à son avis la méningo-encéphalite reconnaît pour cause, bien plus souvent qu'on ne le croit généralement, un coup ou une chute sur la tête.

Ce principe admis, il faut reconnaître qu'on ne peut assigner une durée fixe et invariable à la période d'incubation de la paralysie générale consécutive à un traumatisme. Tantôt, mais le fait est relativement rare, les premiers symptômes de la maladie peuvent se montrer très peu de temps après l'ictus traumatique, presque immédiatement après même quelquefois.

Le plus souvent, les lésions cérébrales restent latentes pendant un certain temps. Le choc a eu lieu ; il a été suivi de phénomènes variés : attaques épileptiformes, simple vertige, céphalalgie plus ou moins persistante, quelquefois paralysies localisées et passagères, puis tout rentre dans l'ordre. Plusieurs mois, une année, plusieurs années se passent, et les premiers symptômes de la paralysie générale font à la longue leur apparition.

D'autres fois, enfin, les phénomènes qui suivent l'ictus traumatique se prolongent et se reproduisent pendant plus ou moins longtemps ; d'autres viennent s'y joindre, accès d'agitation, ou, au contraire, mélancolie, troubles intellectuels divers, puis les caractères de la paralysie générale s'affirment et la maladie suit dès lors son cours habituel.

Quant à la forme clinique que revêt cette variété de méningo-encéphalite diffuse, elle n'a rien de spécial, dit M. Vallon, et elle ne présente pas de caractères absolument distincts qui permettent de la reconnaître à priori, et de la rapporter, sans renseignements préalables, à sa véritable cause. Tantôt c'est une forme subaiguë avec crises plus ou moins nombreuses et plus ou moins fréquentes, et tantôt une forme continue caractérisée par un affaiblissement graduel et progressif des forces et de l'intelligence. La seule particularité signalée par M. Vallon est l'existence de troubles de la vue de nature amaurotique qu'il a rencontrés deux fois, coexistant avec les symptômes ordinaires de la paralysie générale.

Si peu saillante que soit la paralysie générale traumatique au point de vue symptomatique, il n'en est pas moins fort difficile d'apprécier exactement sa pathogénie réelle, c'est-à-dire le mode d'action du traumatisme sur son développement. Pour M. Vallon, ce mode d'action varierait suivant que le traumatisme s'est accompagné ou non de fractures des os avec blessure du cerveau. Dans le premier cas, il y a une épine plantée dans la masse nerveuse ; elle peut rester là sans manifester de longtemps sa présence, mais, à un moment donné, elle devient le point de départ d'une méningo-encéphalite diffuse. Dans le second cas, le mode d'action a varié suivant que la paralysie générale s'est montrée prématurément ou tardivement. Lorsqu'elle s'est montrée presque aussitôt, le traumatisme ne peut être considéré comme l'action unique, il a été seulement cause adjuvante ; il a fallu, pour que la maladie se déclare aussi rapidement, que le sujet soit prédisposé ou même en état d'imminence morbide. Lorsque, au contraire, la paralysie générale n'est survenue que longtemps après le traumatisme, il faut admettre que ce traumatisme a déterminé dans le cerveau un travail sourd qui a abouti finalement à la méningo-encéphalite, ou bien qu'il a modifié la constitution du sujet et a fait de lui, suivant l'heureuse expression de M. Lasègue, un *cérébral*, créant ainsi chez lui une prédisposition spéciale à la paralysie générale qui plus tard surviendra au moindre choc.

La seconde partie de la thèse de M. Vallon comprend trois paragraphes dans lesquels sont successivement étudiées :

1o L'action de la paralysie générale sur les traumatismes ;

2o L'action des traumatismes sur l'évolution morbide de la paralysie générale ;

3o Les opérations chirurgicales chez les paralytiques généraux.

1o Depuis les travaux de MM. Bonnet, Poincarré, Verneuil et surtout depuis l'intéressant travail du docteur Riant, paru en 1876 dans les Annales médico-psychologiques, on sait que la paralysie générale est une cause prédisposante pathologique des fractures. Plusieurs auteurs en ont cité des exemples, et il est aujourd'hui démontré qu'il survient parfois chez les paralytiques généraux des fractures sous l'influence de causes qui auraient été loin d'être suffisantes pour produire les mêmes résultats chez des individus normaux.

Cette disposition des os à la rupture dans la paralysie générale tiendrait, d'après les auteurs précités, à la raréfaction des cellules osseuses dans cette affection et à l'envahissement progressif des os par la dégénérescence granulo-graisseuse sous l'influence du travail général de désassimilation qui se produit dans l'organisme.

M. Vallon partage en tous points cette manière de voir, mais, contrairement à l'opinion généralement admise, il pense que la consolidation des fractures chez les paralytiques généraux,

tout en étant lente à se faire, peut cependant avoir lieu, et que M. Riant est trop pessimiste quand il dit que les résultats favorables doivent être considérés comme une exception.

Si la paralysie générale est une cause relativement fréquente de fracture, elle est bien plus souvent encore une cause de plaies et de suppurations. Il y a plus de quarante ans que M. Baillarger a signalé ce fait, dont il trouvait un exemple dans ces eschares qui se développent chez les paralytiques généraux, en dehors des points exposés aux compressions.

Quoi qu'on en dise, ces plaies, le plus souvent de nature gangréneuse, ont parfois de la tendance à guérir, et il n'est pas absolument rare de voir des plaies de toute sorte et même des eschares profondes se combler et se cicatriser chez des paralytiques même très avancés.

M. Vallon pense ainsi. Il croit d'ailleurs que l'évolution des plaies dans la paralysie générale varie selon la période de la maladie où elle survient, et le degré de participation de la moelle aux lésions du cerveau.

En revanche, d'après plusieurs auteurs, les plaies de tête guériraient très vite chez les paralytiques, ce qu'on a cherché à expliquer par la suractivité circulatoire de cette région dans le cours de la maladie.

2o En ce qui concerne l'action des traumatismes sur la paralysie générale, il est maintenant établi, depuis que M. Baillarger a mis ces faits en lumière, que les plaies et suppurations prolongées ont fréquemment pour effet d'améliorer la paralysie générale, ce qui évidemment doit être attribué à la révulsion, à la dérivation produite par ces exutoires spontanés.

On a vu des paralysies générales, parvenues aux dernières périodes, être enrayées dans leur marche, et même rétrocéder et s'immobiliser pour ainsi dire dans un état de guérison presque complète.

L'amélioration, dit M. Vallon, paraît porter surtout dans ces cas sur l'état physique ; l'état intellectuel, au contraire, est plus rarement et moins heureusement influencé; le délire, quand il existe, peut disparaître, mais quand la démence est déjà produite, elle persiste.

De cette influence heureuse, ajoute-t-il, des plaies sur la paralysie générale, ressort une indication pratique de premier ordre. Il faut créer aux paralytiques des plaies *artificielles*, leur mettre des moxas, des sétons, etc.

3o En ce qui concerne les opérations à pratiquer chez les individus atteints de paralysie générale, MM. Decorse, Deguise, Riante et Billod, qui se sont occupés de la question, les proscrivent d'une façon générale par ce fait que, suivant eux, le résultat est presque toujours funeste et que, toucher à un, paralytique général, c'est donner un coup de fouet à sa maladie. M. Baillarger a commencé à réagir contre cette opinion trop exclusive, en citant des cas où de graves opérations, pratiquées chez de tels malades, avaient été suivies d'un plein succès. M. Vallon est du même avis que M. Baillarger, et plusieurs faits remarquables d'opérations heureuses chez des paralytiques généraux même cachectiques qu'il a observés avec son maître, M. Pozzi, chirurgien des asiles de la Seine, confirment pleinement son opinion.

On peut donc conclure, en résumé, que le fait seul de l'existence de la paralysie générale n'est pas une contre-indication formelle aux opérations chirurgicales.

Tels sont les divers points traités par M. Vallon dans sa thèse, et la façon dont il les a envisagés.

A chacune des parties étudiées correspond une série d'observations très intéressantes, pour la plupart inédites et personnelles à l'auteur, et dont le nombre total est de trente.

Dr E. RÉGIS.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

LA PENSION DE M. PASTEUR. — Il est question d'un projet de loi que le ministre de l'instruction publique déposera sur le bureau de la Chambre, à la rentrée du Parlement, et ayant pour objet de porter de 12,000 à 25,000 fr. la pension annuelle que l'Assemblée nationale a accordée à M. Pasteur. La pension sera en outre reversible sur la femme et les enfants du savant chimiste.

On peut ne pas partager toutes les opinions de M. Pasteur, on peut même en combattre quelques-unes, mais il n'est personne qui ne rende hommage aux services qu'il a rendus à la science, à l'industrie, à la fortune publique, et partout, au sein du parlement comme au dehors, on applaudira certainement à l'expression de la reconnaissance nationale que consacre le projet de loi en question.

***

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le docteur Rémy, chef de clinique de M. le professeur Hardy, a commencé jeudi dernier, dans l'un des amphithéâtres de cet hopital, des conférences d'anatomie pathologique.

***

M. le docteur Dareste commencera ses conférences d'embryogénie et de tératologie le mardi 24 avril, à quatre heures, et il les continuera les samedis et mardis, à la même heure, dans le laboratoire d'embryogénie de l'Ecole pratique.

***

La *Société française de tempérance* a tenu sa séance solennelle le 8 avril, sous la présidence de M. le docteur JULES BERGERON, membre de l'Académie de médecine.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. le docteur Jules Bergeron, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, et celui de M. le docteur Motet, sur les récompenses, la Société a décerné : une médaille de vermeil à M. le docteur Chancerel, premier adjoint au maire de Caen ; des médailles d'argent à MM. les docteurs Barthélemy et Joseph Giron, à M. Paul Bussière et à M. le marquis Jacques Turgot ; 228 diplômes de membre associé honoraire 12 médailles d'argent, 200 médailles de bronze et 530 diplômes de témoignage de satisfaction ; 4 livrets de Caisse d'épargne et 48 livrets de Caisse d'épargne postale (620 francs) ; 87 comptes rendus du Congrès international de 1878, 116 manuels Picard, 403 volumes de ses bulletins, 1,014 exemplaires des années 1880 à 1882 du BON CONSEILLER et 352 abonnements 1883 et 1884 à ce journal, publié sous son patronage.

***

La *Société protectrice de l'Enfance* met au concours pour l'année 1883 la question suivante : « Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les localités, qu'elle a été l'influence de la loi Roussel sur l'industrie nourricière. »

Pour l'année 1884, la question est la suivante : « Des convulsions chez les enfants du premier âge, de leurs causes et de leur traitement. » — Les prix sont chacun de 500 francs.

Les Mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1883 pour la première question, et avant le 1er novembre 1884 pour la deuxième question, au secrétaire général de la Société, M. le docteur BLACHE, rue des Beaux-Arts, 4.

***

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Le Roy de Langevinière, ancien professeur à l'École, est nommé professeur honoraire.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. Girod, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf années, suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET HÔPITAUX CIVILS D'ALGER. — Un concours pour une place de prosecteur d'anatomie commencera le 7 juin 1883. La durée des fonctions est de trois ans. Traitement annuel 1,800 fr., plus quart colonial, soit 2,250 fr.

— Un concours pour trois places de nouvelle création de médecins adjoints à l'hôpital civil de Mustapha s'ouvrira le samedi 23 juin 1883. Les docteurs en médecine qui voudraient concourir devront se faire inscrire avant le 22 juin.

— Un troisième concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes sera ouvert le 5 novembre 1883. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

LES FEMMES MÉDECINS. — D'après un rapport que M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, vient d'adresser au vice-recteur, le nombre des femmes qui ont suivi les cours de la Faculté de médecine en qualité d'étudiants régulièrement inscrits, c'est-à-dire après avoir produit les deux diplômes obligatoires du baccalauréat ès-lettres et du baccalauréat ès sciences, ou tout au moins, lorsqu'elles appartiennent à une nationalité étrangère, des certificats d'études reconnus équivalents, a été, pendant l'année scolaire 1881-1882, de 39, savoir : Françaises, 10 ; Anglaises, 11 ; Américaines, 5 ; Russes, 9 ; Hongroise, 1 ; Polonaise, 1 ; Roumaine, 1 ; Indienne, 1.

Les médecins de la policlinique de Berlin nous prient, dans l'intérêt des confrères étrangers qui visiteront Berlin, d'insérer l'avis suivant :

« Comme beaucoup de médecins viendront visiter l'exposition hygiénique de Berlin, nous voulons diriger l'attention sur la policlinique de Berlin, dans laquelle des cours spéciaux d'otologie, de rhinoscopie, de dermatologie, de syphilogie, d'électrothérapie et d'ophtalmologie, etc., sont tenus régulièrement.

« Chaque cours commence le 1er du mois et dure trente jours.

« La policlinique de Berlin se trouve Louisenstrasse, 51, vis-à-vis de l'hôpital de la Charité. »

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 6 AVRIL AU JEUDI 12 AVRIL 1883.

Fièvre typhoïde 25. — Variole 9. — Rougeole 24. — Scarlatine 4. — Coqueluche 9. — Dipthérie, croup 35. — Dysenterie 0. — Érysipèle 8. — Infections puerpérales 9. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 61. — Phthisie pulmonaire 229. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 58. — Malformation et débilité des âges extrêmes 83. — Bronchite aiguë 15. — Pneumonie 147. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 31, — au sein et mixte 31. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 110. — de l'appareil circulatoire 76. — de l'appareil respiratoire 107. — de l'appareil digestif 55. — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 9. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Épuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 43. — Causes non classées 12. — Total de la semaine : 1270 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 27 avril 1883.

LES INJECTIONS IODÉES DANS LE TRAITEMENT DE LA PUSTULE MALIGNE. — L'ANESTHÉSIE CAUSTIQUE. — LA THÉORIE MICROBIENNE DES MALADIES INFECTIEUSES ET LA SPONTANÉITÉ DE CES MALADIES.

Deux candidats à l'une des places vacantes dans la section de médecine de l'Académie des sciences, MM. Richet et J. Guérin, ont fait à cette savante compagnie deux communications qu'on lira plus loin et qui présentent un grand intérêt pratique.

M. Richet a observé deux malades atteints de pustule maligne et les a traités l'un et l'autre par les injections sous-cutanées de teinture d'iode. Chez le premier, l'infection était généralisée, ainsi que l'a montré la présence de bactéridies dans du sang pris à l'extrémité du doigt : le traitement a échoué. Chez le second, l'absence de bactéridies dans le sang pris au doigt a montré que l'infection restait encore localisée au pourtour de la pustule : le traitement a eu un plein succès. La conclusion pratique qui se dégage du rapprochement de ces deux faits, c'est que, s'il est sage de recourir dans tous les cas, sans exception et sans retard, aux injections iodées, il faut faire concurremment l'examen microscopique du sang, car de cet examen découlera le pronostic, favorable s'il n'y a pas de bactéridies, très grave, sinon mortel, quand le micro-organisme se rencontre dans le sang.

Mais cet examen fait plus qu'éclairer le pronostic : il fournit une indication précieuse de traitement. Si, en effet, les injections sous-cutanées dans la région voisine de la pustule sont impuissantes et inefficaces quand les bactéridies ont envahi le torrent circulatoire, les injections iodées intra-veineuses, que personne, dit M. Richet, n'a osé encore pratiquer chez l'homme, sont parfaitement justifiées : dans un cas reconnu mortel à courte échéance, toute intervention, quelque hardie qu'elle soit, est légitime. Dans l'espèce, les injections intraveineuses devraient être faites, pour éviter les coagulations sanguines, non avec la teinture d'iode, mais avec une solution aqueuse iodurée ; on sait que, d'après les expériences de Poiseuille et de Duroy, l'iode, sous cette préparation, tend à fluidifier le sang. Contre une infection générale qui marche rapidement, ce mode d'administration de l'iode semble supérieur à son ingestion par l'estomac.

— La méthode d'anesthésie caustique mise en pratique par M. Jules Guérin dans le fait qu'il rapporte mérite de fixer l'attention des chirurgiens. Elle ne fait sans doute que substituer la douleur de l'application d'un caustique à celle de l'instrument tranchant, mais on sait que la plupart des malades acceptent plus volontiers la perspective de la première que celle de la seconde. Elle semblerait, en outre, offrir le double avantage de diminuer la perte de sang résultant de l'opération, et, en opposant une barrière à l'absorption des liquides septiques par les bords de la plaie, de prévenir peut-être plus sûrement les complications d'érysipèle. C'est à l'expérience ultérieure de juger définitivement cette méthode.

— A l'Académie de médecine, M. Peter a répondu à M. Pasteur, et sa réponse a provoqué une réplique de M. Bouley. Les discussions prennent facilement un caractère personnel, ce qui est regrettable, car elles perdent d'autant de leur intérêt scientifique. Ce qui, pour un juge impartial, ressort de ce débat, c'est : 1o Que les faits établis expérimentalement par M. Pasteur sont au-dessus de toute contestation ; 2o Que les applications de ces faits, de ces découvertes à la médecine vétérinaire, sont pleines de promesses dont quelques-unes paraissent être en voie de se réaliser ; 3o Qu'en ce qui concerne la médecine humaine, en particulier les maladies infectieuses, si l'on peut concevoir quelque espérance pour un avenir plus ou moins éloigné, le présent a peu bénéficié de ces découvertes. Aussi, à la prétention de la doctrine microbienne de renouveler de fond en comble la médecine, M. Peter a sagement fait d'opposer les enseignements traditionnels de l'observation clinique. Certes, nous sommes loin de vouloir consigner chaque savant dans le milieu spécial et circonscrit où il poursuit ses études ; les sciences, en effet, ne vivent que de rapports et d'emprunts réciproques ; mais on doit reconnaître que chacun a son terrain sur lequel s'exercent tout particulièrement sa compétence et son autorité légitime : pour le chimiste et le physiologiste, c'est le laboratoire ; pour le médecin, c'est le lit du malade.

L'exemple du typhus des camps, rappelé par M. Peter, est pour la doctrine microbienne des maladies infectieuses une véritable pierre d'achoppement. Si, en effet, comme l'ont dit M. Pasteur, et après lui M. Bouley, nous portons en nous-mêmes des microbes qui demeurent inoffensifs ou même participent au jeu physiologique de certaines fonctions en attendant des conditions favorables à la mise en activité de leurs propriétés infectieuses ou virulentes, la maladie est moins le fait de leur présence que des conditions de milieu dont il s'agit ; et comme c'est nous, ou, d'une manière générale, comme c'est l'être vivant qui crée ou modifie ces conditions, c'est lui-même, en définitive, non le microbe, qui demeure le véritable artisan de la maladie.

Mais que sont d'ailleurs, et d'où viennent ces microbes qui, au dire de M. Bouley, joueraient le rôle de ferments, puis seraient transformés en agents virulents et plus tard, après

la mort de l'individu dont ils sont les hôtes, contribueraient à rendre au monde inorganique la matière organisée? Ils nous semblent avoir de grandes affinités avec les microzymas de M. Béchamp. Leur rôle ne s'éloigne pas beaucoup non plus de celui que, il y a quinze ans, nous avons attribué nous-même à certains éléments anatomiques, à certains groupes de granulations moléculaires (1). Le tableau que nous avons tracé alors diffère peu de celui de M. Bouley; seulement là où nous ne voyons que des éléments anatomiques faisant partie intégrante de l'être vivant, M. Bouley fait intervenir des microbes, des parasites venus du dehors. Nous avouons ne pas être encore converti à cette manière de voir. Par exemple, malgré les recherches récentes dont le *bacillus* de la tuberculose a été l'objet en Allemagne et en France, malgré la communication extrêmement intéressante faite mardi dernier sur ce sujet par notre excellent ami, M. Cornil, nous avons de la peine à ranger la tuberculose parmi les maladies parasitaires. C'est très bien, en effet, de nous montrer le *bacillus*: mais quelle est son origine? S'il est cause de la maladie chez l'animal auquel on l'inocule, a-t-il joué le rôle de cause ou d'effet chez le malade auquel on l'a emprunté et qui, ici subit la loi de l'hérédité, là succombe à la misère physiologique, ailleurs est victime d'un accident ou de ses propres excès? La question est loin d'être résolue.

Dr F. DE RANSE.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DES RAPPORTS DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE AVEC LA SYPHILIS, par le docteur F. DE RANSE.

Suite et fin. — Voir les numéros 14, 15 et 16.

L'impuissance du traitement spécifique contre l'ataxie syphilitique me paraît avoir une haute signification à l'encontre de la thèse de M. Fournier. Une lésion originairement syphilitique, dit-il, aboutit à un état anatomique contre lequel le traitement spécifique n'a plus prise. Or cet état anatomique conserve-t-il ou perd-il sa nature originelle? Sans sortir de notre sujet, et de l'aveu de M. Fournier, rien, anatomiquement ni symptomatiquement, ne distingue le tabes syphilitique du tabes vulgaire. Ce ne serait qu'à l'origine du processus qu'une distinction serait possible par l'action du traitement spécifique, effective dans un cas, nulle dans l'autre; malheureusement ce début est inconnu, et le moyen de diagnostic différentiel fait ainsi défaut. Dans l'état, n'est-on pas autorisé à dire que la lésion primitive, de nature syphilitique, a produit, comme dégénérescence ou lésion secondaire, la sclérose des cordons postérieurs?

A l'appui de cette manière de voir, il est bon de faire remarquer que l'ataxie n'est pas toujours aussi ancienne et par conséquent les lésions médullaires aussi avancées et irrémédiables que le suppose M. Fournier. Ainsi les docteurs Vincent et Prévost (de Genève) ont rapporté un cas dans lequel l'ataxie a débuté avec les accidents secondaires: le traitement spécifique ne l'a pas arrêtée dans son évolution. Que voit-on, par contre, en ce qui concerne la syphilis cérébrale? Le traitement spécifique, employé énergiquement, même à une époque assez éloignée du début, produit non seulement une amélioration, mais une guérison durable. On en trouve des exemples remarquables dans les *Leçons cliniques* de M. Charcot. Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un individu qui en 1868, à l'âge de 29 ans, contracte un chancre induré suivi d'accidents secondaires. En 1873, début de la céphalalgie; en mai 1874, accès d'épilepsie avec perte immédiate de connaissance, convulsions générales, écume à la bouche, urines involontaires, etc.; les accès prennent ensuite le caractère de l'épilepsie partielle ou hémiplégique et se reproduisent tous les cinq ou six jours. Dans les premiers jours d'octobre, contracture du membre supérieur gauche, fourmillements, hyperesthésie dans le même membre; la contracture gagne, mais à un moindre degré, le membre inférieur gauche. Aggravation rapide de l'état général. Fin octobre institution du traitement spécifique à haute dose. Amélioration prompte, disparition de la contracture permanente et des autres symptômes. Interruption du traitement, retour momentané des accidents; reprise de la médication spécifique; guérison définitive.

Dans ce cas, si les symptômes céphaliques témoignaient d'une pachyméningite gommeuse circonscrite, la contracture permanente des membres du côté gauche indiquaient la propagation, au cordon latéral gauche de la moelle, de l'irritation cérébrale consécutive à la néoplasie. Le traitement spécifique a tout fait disparaître.

Sans doute, la lésion du cordon latéral n'était encore que d'ordre irritatif; les éléments nerveux n'étaient pas altérés, autrement la contracture eût persisté. Notons bien qu'il ne s'agit ici que d'une lésion consécutive, par conséquent non spécifique. Quand on voit de tels résultats dans la syphilis cérébrale, il y a lieu de s'étonner, si l'ataxie locomotrice est une manifestation directe et primitive de la syphilie, que le traitement spécifique soit sans action sur elle. Après tout, dans beaucoup de cas de formes frustes, où, par exemple, l'incoordination motrice fait défaut, mais où cependant des signes certains existent, la lésion des cordons postérieurs ne doit pas être si avancée qu'elle résiste au traitement antisyphilitique. L'inefficacité de la médication plaide donc en faveur de la non-spécificité de la lésion.

Mais ce n'est pas tout, et les faits produits dans le travail rappelé plus haut de M. Abadie acquièrent ici une grande importance. Ce savant ophthalmologiste établit, en effet, que, dans l'atrophie des nerfs optiques relevant d'une ataxie soupçonnée ou confirmée, chez des sujets ayant eu manifestement des accidents syphilitiques, le traitement spécifique le plus énergique, non-seulement ne guérit pas, mais aggrave l'affection oculaire. Or, l'atrophie progressive de la papille me paraît réaliser le desideratum de M. Fournier au point de vue de l'intérêt qu'il y a à reconnaître l'ataxie et à pouvoir intervenir à une époque pas trop éloignée de son début. On sait que les troubles fonctionnels que traduit cette lésion précèdent souvent les autres symptômes de l'ataxie et constituent même parfois, durant un temps plus ou moins long, toute la symptomatologie. M. Charcot cite des exemples de femmes entrées à la Salpêtrière pour une cécité amaurotique et chez lesquelles, plusieurs années après, les douleurs fulgurantes et d'antres symptômes tabétiques sont survenus. Le savant clinicien est même disposé à admettre que les amaurotiques, chez lesquels l'atrophie progressive de la papille est cause de la cécité, présentent tôt ou tard des symptômes confirmatifs de l'ataxie locomotrice. Quand donc on assiste au début d'une atrophie papillaire, et qu'il n'existe

(1) *Du rôle des microzoaires et des microphytes dans la genèse, l'évolution et la propagation des maladies*, p. 37 et 38.

pas d'autres symptômes tabétiques, n'est-on pas, avec l'hypothèse en moins, dans les conditions où se trouve M. Fournier quand il a affaire à des paralysies oculaires de nature syphilitique. Or, le traitement spécifique, qui guérit toujours ces paralysies, ne reste pas seulement, comme le prouvent les recherches de M. Abadie, inefficace contre les symptômes de l'atrophie papillaire, il les aggrave, et l'ophthalmoscope, qui permet, dans cette circonstance, de faire en quelque sorte de l'anatomie pathologique sur le vivant, montre l'aggravation parallèle de la lésion. Quoi de plus démonstratif?

On voit, par tout ce qui précède, qu'un examen et une critique sévères des résultats de la médication antisyphilitique dans le traitement de l'ataxie locomotrice plaident, non en faveur, mais à l'encontre de la spécificité de l'ataxie réputée syphilitique.

En médecine, où l'art est si étroitement uni à la science, tout débat scientifique doit conduire à une conclusion pratique. M. Fournier l'a formulée, à la fin de son livre, en disant que, en présence d'un cas d'ataxie locomotrice, syphilitique ou non, on doit toujours instituer *larga manu*, c'est-à-dire aux doses indiquées plus haut, le traitement antisyphilitique. Si, comme cela arrive suivant lui dans l'immense majorité des cas, l'ataxie est de nature spécifique, on a chance, sinon de la guérir, du moins de l'améliorer et peut-être de l'enrayer pour un temps plus ou moins long. S'il s'agit d'une ataxie vulgaire, on aura institué un traitement inutile, mais non nuisible. Le travail de M. Abadie démontre que cette dernière assertion est loin d'être fondée et, si l'on rapproche de cette nocuité possible de la médication spécifique l'exiguité des résultats qu'elle donne dans l'ataxie réputée syphilitique, on est amené à faire plus que des réserves sur la conclusion absolue de M. Fournier.

Je résumerai les considérations, que je viens d'exposer dans les propositions suivantes :

1° L'ataxie locomotrice progressive est primitive ou secondaire. On observe parfois, dans le cours d'autres affections cérébro-spinales, par suite de la propagation de leurs lésions aux bandelettes externes des cordons postérieurs, des symptômes tabétiques accidentels qui ne sauraient constituer, dans son type caractéristique, l'ataxie progressive.

2° L'anatomie pathologique démontre que des symptômes tabétiques de ce genre peuvent survenir dans des cas de syphilis cérébro-spinale ; il est admissible, sinon démontré, que, sous l'influence de cette irritation primitive et extrinsèque des cordons postérieurs, et en vertu d'une prédisposition spéciale, une ataxie locomotrice secondaire, c'est-à-dire vulgaire, se développe avec tout son cortège ou sa succession de lésions et de symptômes ; mais l'anatomie pathologique montre, entre le processus syphilitique et le processus tabétique, une ligne de démarcation qui ne permet pas de considérer la sclérose primitive des cordons postérieurs comme de nature syphilitique et ainsi d'accepter la doctrine d'une ataxie primitive spécifique.

3° Ces enseignements de l'anatomie pathologique ne sont nullement infirmés par les statistiques produites en faveur de la spécificité de l'ataxie locomotrice ; ces statistiques, encore insuffisantes, soulèvent de nombreuses objections et ont besoin d'un nouveau contrôle.

4° Ces mêmes enseignements de l'anatomie pathologique sont, non infirmés, mais plutôt confirmés par les résultats que fournit la médication spécifique dans le traitement de l'ataxie locomotrice.

5° Le traitement antisyphilitique, incontestablement utile et efficace dans les cas de phénomènes tabétiques symptomatiques d'une syphilis cérébro-spinale et peut-être au début d'une ataxie secondaire développée dans les mêmes conditions, est, non seulement inutile, mais peut devenir nuisible dans l'ataxie locomotrice primitive ; on ne saurait donc le prescrire d'une manière absolue et indifféremment dans tous les cas où l'on observe des signes tabétiques.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 avril 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

Sur l'action physiologique de l'Iodoforme

Note de M. le docteur Rummo (de Naples).

Les expériences faites par l'auteur dans le laboratoire de M. le professeur Vulpian ont porté sur plus de 60 animaux différents. Voici les principaux résultats observés :

1° Chez la grenouille on a noté une diminution progressive du nombre des contractions ventriculaires du cœur avec augmentation de l'énergie de la systole ventriculaire et lenteur du relâchement diastolique. Chez le chien, avec 1 gramme d'iodoforme, on a observé un ralentissement des mouvements du cœur jusqu'à la moitié du chiffre normal et une légère augmentation de la tension artérielle ; avec 2 à 4 grammes, affaiblissement de la pression intra-carotidienne de 0m,03 environ.

2° Mouvements respiratoires presque normaux pour de petites doses d'iodoforme ; dans ce dernier cas, on note ensuite une diminution de la respiration.

3° La température monte de 1 à 2 degrés pour les doses moyennes ; pour les fortes doses on compte une élévation passagère suivie d'un abaissement de 4 à 5 degrés, malgré le tétanos ;

4° Chez la grenouille, anesthésie locale, affaiblissement, diminution de l'excitabilité nerveuse, musculaire et des réflexes, principalement dans le membre injecté ; ensuite rigidité générale persistant après la section de la moelle cervicale. Chez les mammifères on constate plus aisément les troubles nerveux après l'ingestion et l'injection de l'iodoforme dans le péritoine. Avec 3 grammes et davantage, on note le tableau suivant :

Première période. — Sommeil profond ; tendance à fuir la lumière et les bruits, à se cacher dans un coin (ces phénomènes sont très peu marqués chez le lapin et le cobaye) ; faiblesse générale ; anesthésie peu intense ; marche ébrieuse ; réflexes cutanés et tendineux peu diminués ; pupilles rétrécies d'abord, mais réagissant à la lumière. Dans cette période, l'excitabilité de la région corticale, dite motrice, du cerveau s'affaiblit.

Deuxième période. — Paraplégie spasmodique ; les deux membres antérieurs sont contracturés, l'animal croise les pattes l'une par-dessus l'autre ; les membres postérieurs sont étalés en dehors de manière à élargir la base de sustentation ; tremblement à la suite des mouvements intentionnels ; exagération des réflexes tendineux ; trépidation ; sensibilité peu modifiée ; conservation de l'intelligence ; pupilles un peu dilatées ; érection permanente du pénis avec œdème du prépuce. Plus tard, tendance à reculer, à tourner dans un petit espace.

Troisième période. — Cris répétés ; contractions tétaniformes intenses et générales ; excitabilité réflexe augmentée ; quelques convulsions cloniques ; tendance à la rotation ; respiration difficile ; pupilles dilatées. La mort survient dans un accès violent, malgré

la respiration artificielle. La section transversale de la moelle cervicale n'a pas d'influence sur les convulsions.

5o Les hautes doses d'iodoforme déterminent des troubles digestifs : nausées, vomissements, selles diseutériques, etc.

6o L'iodoforme passe dans les urines surtout à l'état d'iodure et encore pour les fortes doses, à l'état d'iodate et d'acide iodhydrique. Les hautes doses provoquent l'albuminurie, l'hématurie, qui arrêtent aussitôt l'élimination iodique.

7o Les plus importantes altérations sont : diminution des globules rouges du sang, qui deviennent *framboisés*, dégéuération graisseuse de tous les organes ; glomérulo-néphrite ; hypérémie intense de l'axe cérébro-spinal, surtout de la substance grise avec altération des cellules nerveuses.

8o L'iodoforme en nature n'arrête pas le développement des bactéries en voie de pullulation dans les liquides putrides, mais il est plus puissant pour s'opposer à leur genèse. L'iodoforme dissous dans l'huile de térébenthine tue, au contraire, les bactéries en pleine prolifération.

Sur l'évolution de la pustule maligne chez l'homme et son traitement par les injections iodées. Notes de M. A. Richet.

Les beaux travaux de Davaine et de M. Pasteur ont établi d'une manière incontestable que chez l'homme la putule maligne reconnaît pour cause la pénétration, à travers une effraction de l'épiderme, de la bactéridie charbonneuse, qui prolifère d'abord sur place, puis, après un temps variable, finit par infecter l'organisme.

Je viens d'observer, dans mon service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, deux faits qui jettent peut-être quelque lumière sur les phases restées jusqu'ici assez obscures de cette double évolution, pullulation sur place, puis infection générale ; ces faits offrent, en outre, une certaine importance au point de vue du traitement par les injections iodées.

En 1880, entrait à l'Hôtel-Dieu un boucher atteint de pustule maligne à la joue droite. Avant tout traitement, je fis recueillir simultanément du liquide séreux autour de la pustule, puis du sang au doigt indicateur. Les animaux inoculés avec ces liquides, sérum de la postule ou sang, succombèrent tous à l'infection charbonneuse (1).

Le malade fut traité énergiquement : je pratiquai autour de la pustule des injections d'iode, puis la cautérisation ignée. Efforts inutiles ! Les symptômes locaux parurent s'apaiser ; mais les phénomènes généraux s'aggravèrent et le malade succomba en quarante-huit heures.

Ainsi, devant une infection généralisée, le traitement local a complètement échoué.

Eu 1883, une autre occasion se présente de mettre de nouveau la méthode iodée à l'épreuve.

Un boucher qui avait porté, le col découvert, des viandes saignantes, dans la journée du 28 février, entra à l'Hôtel-Dieu le 5 mars 1883. Le 1er mars, il avait découvert sur sa joue un petit bouton qui devint rapidement assez gros. Le 5 mars se sentant fort malade, brisé, courbaturé, il arrivait à l'hôpital dans un état de terreur difficile à décrire.

Les symptômes généraux étaient graves : la température axillaire de 39,9, le pouls à 108, la soif intense, l'abattement extrême. L'œdème qui entourait la pustule était dur et douloureux ; le gonflement s'étendait à la face et au cou ; les glandes lymphatiques derrière la machoire étaient gonflées et douloureuses. Ni le sang, ni le sérum de la pustule ne montraient de bactéridies, mais dans le sérum existaient des spores et des granules.

Je pratiquai autour de la pustule huit injections de teinture d'iode mélangée avec deux tiers d'eau, et je recommençai le soir de ce même jour la même opération.

(1) Je tiens à remercier M. Talamon, dont l'obligeance et le talent m'ont été d'un précieux secours pour toutes ces expériences délicates.

Le lendemain, l'état général est devenu bien meilleur. Le pouls est à 88, la température à 38,4. Néanmoins, je refis une nouvelle injection iodée. Le surlendemain, 7 mars, le malade semble être revenu à l'état normal ; la température tombe à 37. Le pouls est à 60.

Les jours suivants l'amélioration est définitive ; l'escarre de la pustule tombe et laisse une plaie très étendue, qui témoigne de la violence de la virulence charbonneuse.

Voici maintenant le résultat des cultures et des inoculations faites avec les liquides pris autour de la pustule et avec le sang :

1o Les liquides pris autour de la pustule et inoculés à des cobayes ont à *tous* communiqué l'infection charbonneuse ;

2o Ces liquides ont donné naissance à des générations de *Bacillus anthracis*, qui ont à leur tour déterminé le charbon ;

3o Le sang pris au doigt du malade n'a fourni que des résultats négatifs ;

4o Les liquides recueillis autour de la pustule après que les injections iodées ont été faites n'ont donné que des résultats négatifs, ce qui prouve péremptoirement l'action neutralisante et préservatrice de cette médication.

Ces deux faits portent avec eux plusieurs enseignements.

Le premier démontre que, si les bactéridies, ou leurs spores ont déjà pénétré dans le sang, en un mot si l'infection générale a commencé, tout traitement local est insuffisant.

Le second prouve au contraire que, malgré la virulence extrême de l'intoxication charbonneuse, alors qu'il n'y a pas encore infection géuérale, on peut enrayer le mal par une action locale énergique. L'action autiseptique de la teinture d'iode est bien mise en évidence.

Toutefois, la température élevée de 40o doit donner à réfléchir. Pourquoi cette intensité des phénomènes généraux, cet abattement des forces, ce malaise général ? Peut-on affirmer, malgré le résultat négatif des inoculations et des cultures, qu'aucun germe n'avait encore pénétré dans l'organisme ? C'est là un point très douteux et d'une extrême importance, sur lequel il me sera permis d'appeler l'attention.

Quelques remarques sont encore à faire sur le traitement par les injections isodées. C'est Davaine qui, le premier, en 1873, dans une communication lue à l'Académie, conseilla l'emploi de l'iode. Depuis, à de rares intervalles, ses conseils furent mis en pratique avec des succès divers par quelques chirurgiens et vétérinaires, parmi lesquels il faut citer M. Stanis Cézard et M. J. Chipault ; mais, dans aucun cas, il n'y eut d'amélioration aussi rapide que dans l'exemple que je viens de rapporter.

De tous les traitements employés jusqu'ici, ce traitement par les injections isodées est le moins douloureux, le moins destructeur et le plus certain.

La conduite du médecin en présence d'une pustule maligne se trouve donc désormais toute tracée et simplifiée.

Il doit d'abord, autant que possible, s'assurer, par des inoculations et par l'examen microscopique, de la réalité du mal, de sa localisation ou de sa diffusion ; puis, et sans attendre le résultat de ses expériences, il injectera 4 gr. à 8 gr. de teinture d'iode iodurée, mélangée avec 2 vol. d'eau, par six à huit piqûres, formant un cercle délimitant la pustule et l'œdème qui l'entoure.

Ces injections seront répétées plusieurs fois par jour, et pendant plusieurs jours, quelle que soit la marche de la maladie, qu'elle rétrograde ou qu'elle progresse.

Au cas où l'infection serait générale, il faudrait avoir recours à l'iode, administré à l'intérieur. Quant aux injections iodées intraveineuses, faites dans le but de poursuivre la destruction des bactéridies dans le sang même, personne, que je sache, n'a encore osé les pratiquer sur l'homme.

Expériences sur l'anesthésie caustique et l'observation d'un cas de squirre ulcéré du sein, opéré avec l'aide de cette méthode. — Note de M. Jules Guérin.

Observation. — Dans le cours du mois de janvier dernier, une

dame âgée de soixante ans me consulta pour une tumeur du sein droit qu'elle portait depuis sept ou huit années, et que plusieurs praticiens lui avaient déclarée devoir être enlevée. Cette tumeur, d'environ 0m,10 de diamètre, occupait l'emplacement tout entier du sein; de forme irrégulière, bossuée, dure au toucher, elle adhérait à la peau et présentait à sa surface deux petits cratères rongeâtres par lesquels suintait un peu de liquide coloré; le reste de la peau était pâle, mais parsemé de veines apparentes et développées. Néanmoins, la tumeur n'adhérait pas à sa base, elle pouvait être assez facilement mobilisée; point de ganglions dans l'aisselle. Je diagnostiquai, comme mes confrères précédemment consultés, un squirre ulcéré du sein droit. — La santé générale était mauvaise: une bronchite catarrhale datant de dix-huit mois, accompagnée de fréquents accès de toux et d'expectorations abondantes; des douleurs dans les reins, et des troubles cardiaques caractérisés par des interruptions fréquentes du pouls, offraient un ensemble peu favorable à une entreprise opératoire, laquelle était cependant rendue de jour en jour plus indispensable et plus urgente.

Mon avis fut donc qu'il fallait procéder, sans retard, à l'ablation de la tumeur. Le médecin ordinaire de la malade, M. le Dr Decugis, d'Hyères, partagea mon avis, ainsi que son frère, M. le Dr Decugis, de Brignolles.

L'opération ayant été décidée, je procédai de la manière suivante, avec le concours de mes deux confrères et du mari de la malade.

J'appliquai autour de la tumeur, et à 0m,02 de la circonférence, une couche circulaire ou plutôt elliptique de caustique de Vienne de 0m,02 de hauteur et de largeur, très exactement retenue et limitée par une double bande de diachylon gommé. La malade, invitée à nous tenir bien au courant des progrès de la cautérisation, nous fit connaître, après un quart d'heure d'application du caustique, que toute sensation douloureuse, qui avait été des plus modérées, avait cessé: je laissai néanmoins le caustique en place cinq minutes de plus, vingt minutes en tout. Le caustique ayant été enlevé, la surface de la partie cautérisée essuyée avec un linge imbibé de vinaigre, nous pûmes constater l'existence d'un ruban noirâtre, parfaitement régulier.

Le sein ayant été soulevé par M. le Dr Decugis aîné, je glissai à sa base, entre sa partie consistante et le tissu cellulaire sousjacent, une sonde à dard portant un fil de platine très fin, destiné à maintenir la tumeur soulevée pendant l'opération. La sonde ayant été retirée et la tumeur maintenue en suspension par le fil, j'incisai horizontalement et circulairement toute la bande cautérisée: ce qui eut lieu sans provoquer la moindre douleur, sans hémorrhagie et comme à l'insu de l'opérée. Ayant ainsi détaché de sa circonférence cutanée tout le pourtour de la tumeur, j'arrachai cette dernière avec mes doigts, en divisant avec les ciseaux quelques brides fibreuses qui s'opposaient à cette sorte d'énucléation. L'opération dura dix minutes. Il n'y eut que deux ou trois cuillerées de sang épanché, et une seule artériole nécessita une ligature qui tomba le surlendemain.

La malade n'a manifesté aucune douleur pendant toute l'opération.

Les suites furent des plus simples et des plus heureuses. Les pansements consistèrent dans des applications chaque jour répétées de charpie imbibée d'eau phéniquée à 1/100, avec addition d'un quart d'alcool; ces applications précédées chaque fois de l'arrosage de la plaie à la seringue.

Il n'y eut pas un seul jour de fièvre; c'est-à-dire, ni frisson ni chaleur insolite; l'appétit et le sommeil des plus satisfaisants. Mais ce qu'il y eut de plus surprenant, c'est que les accès de toux suivis d'expectoration abondante qui existaient depuis plus d'une année cessèrent presque complètement après le huitième jour.

Quant à la cicatrisation de la plaie, elle fut des plus régulières. Les bourgeons charnus de la plus belle apparence, touchés de temps en temps avec le crayon d'azotate d'argent et pansés alternativement, en dernier lieu, avec la glycérine et l'eau phéniquée, marchèrent régulièrement et graduellement vers une restauration et réparation complète de l'excavation laissée par l'extirpation de la tumeur. La bordure de la plaie, résultant de la moitié circulaire de l'escarre cutanée, resta plus de trois semaines en place sous la forme d'un ruban desséché et parfaitement adhérent à la couche celluleuse cutanée. Il ne s'en détacha que peu à peu et par parties. Il fut facile de s'assurer pendant ce travail de ce double fait, à savoir: que la bande de l'escarre, très consistante et adhérente, formait une barrière infranchissable au passage des liquides de la plaie, et s'opposait ainsi à toute absorption par les bords de cette dernière.

Telle est la première opération grave pratiquée avec l'aide de l'insibilisation caustique. Il a été possible d'y suivre, pas à pas, toutes les particularités propres à caractériser cette nouvelle ressource chirurgicale, et d'apprécier les avantages qu'il est permis d'en attendre. Je me dispense donc de sortir du fait particulier par une généralisation anticipée de ses résultats. Je laisse aux chirurgiens le soin d'en juger les applications possibles, et, à l'avenir, de montrer jusqu'où l'anesthésie caustique pourra, je ne dis pas suppléer, mais venir en aide, dans des cas déterminés, à l'anesthésie par le chloroforme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 avril 1883. — Présidence de M. HARDY.

— La correspondance comprend: 1° un pli cacheté déposé par M. Auvard, interne à la Maternité (Accepté); 2° une note de M. Spiridion Kanellis (d'Athènes), intitulée: *Influence des racines sensitives sur l'excitabilité des racines motrices*: 3° une note de M. le docteur Druhen (de Besançon), sur l'iodure d'ammonium et son emploi médical.

TRAVAUX PRÉSENTÉS. — *Action de l'eau minérale de Contrexéville chez les calculeux*, par M. J. Brongniart. — *Le Médecin, devoirs privés et publics*, par M. Dechambre.

MALADIES PARASITAIRES AU JAPON. — M. RÉMY entretient l'Académie de quelques parasites nouveaux ou peu connus en Europe et qu'il a pu observer au Japon. Il donne lecture sur ce sujet d'une note qui lui a été confiée par M. le docteur Baelz, professeur à l'École de médecine de Tokio. Les parasites dont il est question dans cette note sont: 1° le distoma pulmonale; 2° le distoma endemicum hepatis; 3° le distoma innocuum hepatis et quelques autres, tels que l'ascaris lumbricoïdis, l'oxyurus vermicularis, l'eucocéphalus dispar, etc.

Le distome pulmonaire se rencontre dans toutes les parties du Japon. Le diagnostic certain est tiré de l'examen même des œufs que les malades crachent chaque jour.

La deuxième espèce, le distoma endemicum du foie, produit quelque chose de tout à fait analogue à la cachexie aqueuse des animaux. La cause de ce distome est beaucoup plus certaine que celle du distoma pulmonis. C'est dans un district où l'eau est très mauvaise que s'observent les cas graves de parasitisme.

L'ankylostome est fréquent chez les natifs comme chez les Européens. Il produit une anémie très prononcée à cause des pertes de sang légères, mais quotidiennes, qu'il détermine.

Le tænia armé ne se rencontre pas au Japon. Mais on y voit des tænia canellata et des botriocephales, ce qui s'explique par l'usage qu'on y fait de bœuf et de poisson. L'absence du tænia armé s'explique par l'abstinence complète de l'usage du porc.

LES DOCTRINES MICROBIENNES AU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE. — M. PETER répond au dernier discours de M. Pasteur. Il montre d'abord que la discussion sur la fièvre typhoïde ne restera pas aussi stérile que le suppose son contradicteur. Il précise ensuite les dissidences qui le séparent de M. Pasteur et qui portent sur les trois points principaux suivants:

« 1o Y a-t-il en des accidents par les inoculations du vaccin charbonneux ? — Oui !

« 2o L'immunité qu'elles confèrent est-elle fugitive ? — Oui !

« 3o Sont-elles actuellement applicables à l'espèce humaine ? — Non ! »

Il montre que le vaccin de M. Pasteur ne saurait être assimilé à celui de Jenner, car le premier est le produit de manipulations chimiques et sa qualité dépend du soin et du talent de l'expérimentateur, tandis que le second est le produit de l'organisme de la vache ou de l'homme ; on n'a pas à intervenir pour modifier ses qualités.

Relevant le défi de M. Pasteur relativement au microbe infectieux de la salive humaine, M. Peter montre, par différentes citations, que son savant collègue a commis une erreur ou a conclu trop vite.

Revenant aux inoculations charbonneuses et s'appuyant sur les expériences de médecins vétérinaires français, MM. Weber et Mathieu, et sur une nouvelle protestation des professeurs de l'École de médecine vétérinaire de Turin, M. Peter fait voir que la méthode de ces inoculations n'est ni aussi certaine ni aussi exempte d'accidents que l'affirme M. Pasteur. Il accule ensuite son contradicteur à la doctrine de la spontanéité morbide, à laquelle, dit-il, M. Pasteur aboutit aussi fatalement qu'inconsciemment.

« N'est-ce pas, en effet, ajoute-t-il, aboutir à la spontanéité morbide que de reconnaître, comme vous le faites (et vous ne pouvez vous y soustraire), que de reconnaître, à propos du typhus des camps, que « l'homme porte sur lui ou dans son canal intestinal les germes des microbes, sans grand dommage (c'est sans *aucun* dommage que vous deviez dire), mais prêts à devenir dangereux lorsque, par des conditions d'*encombrement*, dans des corps *affaiblis* ou autrement, leur virulence (mais c'est précisément cette *virulence* PROPRE *au microbe* qui est en question (!!), leur virulence se trouve progressivement transformée. » N'est-ce pas reconnaître ici, en effet, que c'est l'homme affaibli ou placé dans de mauvaises conditions hygiéniques qui *donne* à son germe microbien sa virulence, qui le *fait* virulent, de sorte qu'en définitive c'est le malade qui fait sa maladie. »

A l'appui de cette manière de voir, et à l'encontre de celle de M. Pasteur, M. Peter cite les recherches de M. Béchamp sur les microzymas, celles de M. Ch. Robin sur les germes et les expériences de M. Onimus sur la dialyse des liquides infectieux, recherches et expériences qui démontrent que les bactéries ne deviennent éventuellement morbides *qu'en nous et par nous*.

Il y a dans ce débat, dit M. Peter, trois questions absolument distinctes :

« 1o M. Pasteur et ses expériences ; cela regarde la science pure ;

« 2o Les applications de ces expériences eux animaux ; cela regarde les vétérinaires ;

« 3o Les applications de ces expériences à l'homme ; cela regarde les médecins, et je ne peux m'en désintéresser ; j'ajoute que je ne le dois pas. »

— M. BOULEY proteste, au nom de la pathologie comparée, contre la distinction radicale que M. Peter veut établir entre la médecine vétérinaire et la médecine humaine. Sans savoir ce que cette dernière pourra recueillir un jour des progrès accomplis par la première, il s'incline devant les résultats actuellement acquis par le fait des doctrines microbiennes et ne craint pas, sous ce rapport, d'être accusé de fétichisme ou d'idolâtrie.

M. Bouley admet, comme M. Pasteur, que dans la pathogénie du typhus des camps, des microbes longtemps inoffensifs, et se comportant même peut-être comme des ferments pour concourir à des fonctions normales, peuvent, sous l'influence de changements dans les conditions du milieu intérieur, acquérir des propriétés virulentes. A l'appui, et comme explication de ce fait, il rappelle des expériences dans lesquelles, en faisant mourir des chevaux par asphyxie, on a déterminé en eux, au bout de quelques heures, le développement d'une virulence due à un microbe, celui de la septicémie. La virulence commençait par le sang de la veine porte et ne se manifestait que plus tard dans celui de la jugulaire. Le microbe, inoffensif dans l'intestin de l'animal pendant la vie et l'état de santé, passait après la mort dans le sang de la veine porte et le rendait virulent.

Le médecin, dit en terminant M. Bouley, ne saurait se désintéresser d'aucune des découvertes qui se font en biologie, et lorsque certaines idées rencontrent des partisans exaltés, dépassant la mesure, ce n'est pas une raison pour les rejeter.

— LES BACILLES DE LA TUBERCULOSE. — M. CORNIL entretient l'Académie, en son nom et au nom de M. le docteur Babès, de la topographie des bacilles de la tuberculose dans les divers organes. Il terminera sa communication dans la prochaine séance.

— CHLORURE DE MÉTHYLÈNE. — M. REGNAULD, en son nom et au nom de M. E. Villejean, lit des recherches pharmacologiques sur le chlorure de méthylène. Il est, dit M. Regnauld, un composé méthylique, le chlorure de méthyle chloré ou chlorure de méthylène, voisin du chloroforme par la constitution, qui n'a pas cessé d'être préconisé comme anesthésique par quelques chirurgiens recommandables de pays voisins. Malgré les éloges accordés en Angleterre à cet anesthésique, son emploi est resté exceptionnel, et il n'a pas pris droit de cité en France. Cependant cet agent ayant été récemment l'objet d'une appréciation favorable de la part de M. Spencer Wells, qui lui accorde la prééminence sur le chloroforme, M. Le Fort a conçu le désir d'en étudier les effets dans une ovariotomie, et, si les résultats en étaient favorables, de l'appliquer à une série de grandes opérations. C'est à la prière de son collègue que M. Regnauld s'est livré à une étude sur la composition de cette substance. Il a d'abord analysé divers échantillons de chlorure de méthylène provenant de la pharmacie de l'Hôtel-Dieu, puis il a soumis à un examen semblable du méthylène qu'il a fait venir à grands frais d'Angleterre.

Il résulte de l'examen auquel il s'est livré avec l'aide de M. Villejean, que deux produits français parés du nom de chlorure de méthylène n'étaient que du chloroforme. Quant au chlorure de méthylène qu'à deux reprises il a fait venir d'Angleterre, c'était un simple mélange de chloroforme et d'esprit de bois.

Nous n'avons, dit M. Regnauld en terminant, ni la curiosité ni la mission de chercher l'origine de ces erreurs et de ces substitutions fortuites ou voulues. Ce qui nous importe, c'est que ces faits servent d'enseignement sur les mesures de prudence qu'il convient de ne jamais négliger quand on étudie les propriétés physiologiques et plus encore l'action thérapeutique d'un médicament dont les caractères chimiques sont mal ou incomplètement déterminés.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 avril 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

M. PÉRIER dépose sur le bureau, de la part de M. MOUCHET (de Sens), une observation de taille sus-pubienne suivie de guérison, et une note sur la réunion immédiate totale ou partielle dans les amputations du sein.

M. POLAILLON remet à la Société, de la part de M. BERNE (de Lyon), deux volumes sur la *pathologie externe générale*.

M. TRÉLAT présente le moule d'un moignon d'un de ses malades. Cet homme, qui avait présenté des lésions tuberculeuses multiples, a subi l'amputation au tiers inférieur de la jambe pour une tumeur blanche du pied : la réunion primitive immédiate a été obtenue et le malade a parfaitement guéri avec un moignon remarquable.

M. Pozzi a fait une amputation de cuisse chez un jeune garçon tuberculeux ; il a également obtenu la réunion primitive complète et un moignon superbe.

M. Desprès fait remarquer que le succès des amputations chez les tuberculeux est une chose banale ; quant aux moignons, dans les amputations à lambeaux, ils sont toujours superbes les premiers temps, mais peu à peu ils tendent à devenir coniques.

M. Trélat dit que lorsqu'il y a eu réunion primitive, les adhérences se forment tout de suite et les moignons ne se modifient pas ultérieurement.

— *De la tarsotomie comme traitement du pied-bot varus équin congénital.* Communication de M. E. Bœckel (de Strasbourg).

Il existe deux variétés de cette difformité, ce sont les pieds bots tendineux et les pieds bots osseux. Les premiers guérissent par la ténotomie et les moyens orthopédiques. Les autres, au contraire, sont très difficiles à corriger ; la section du tendon d'Achille est sans résultat, et si après cette opération on cherche à redresser le pied, on éprouve une forte résistance, les os s'arquebontent et s'opposent au redressement. Dans les pieds bots varus équins, on peut, à la longue, avec des appareils, guérir le varus, mais tant que l'équinisme n'est pas corrigé, le pied bot récidive. On peut, il est vrai, maintenir la guérison en faisant porter continuellement un appareil convenable, mais cela ne constitue pas une véritable guérison.

La question est de savoir quel est le sujet de l'obstacle au redressement du pied. On a d'abord pensé que c'était le cuboïde qui s'opposait au redressement, et l'on a enlevé cet os ; puis on a fait la résection uniforme du tarse. Ces procédés, tout en améliorant la difformité, ne la modifient pas suffisamment. Puis on a vu que l'on pouvait réduire jusqu'à un certain point ces pieds bots en subluxant l'articulation de Chopart. Le vrai coupable, c'est l'astragale. En effet, dans cette affection, la tête de l'astragale, au lieu d'être dans l'axe de l'os, est implantée latéralement, en dedans et à angle droit sur le corps de l'os. Pour redresser le pied, il faudrait donc luxer complètement le scaphoïde sur l'astragale et le ramener en avant ; mais la difficulté alors est de le fixer dans cette position. En outre l'astragale est réuni à la mortaise tibio-tarsienne par une ankylose fibreuse.

Si, au lieu de faire cette luxation, on extirpe l'astragale, l'obstacle principal est supprimé et l'on peut redresser le pied sans effort, et celui-ci n'a plus de tendance à revenir à sa position vicieuse primitive. Entre le calcanéum et le tibia, il reste une articulation mobile et il n'y a pas de déformation apparente du pied après cette opération.

Pour pratiquer cette résection de l'astragale, M. Bœckel fait une incision courbe partant du niveau de l'articulation périnéo-tibiale et, venant sur le dos du pied jusqu'au bord interne des extenseurs, il écarte ces tendons et arrive ainsi facilement sur l'astragale. Une fois l'os enlevé, il faut faire immédiatement le redressement du pied et insister sur celui-ci au moyen d'une bande plâtrée, puis faire un pansement antiseptique rigoureux. Tous les opérés de M. Bœckel ont guéri en trois ou quatre semaines. L'un de ces malades a été opéré des deux pieds à six jours de distance, et la guérison était complète au bout de cinq semaines. Par précaution, il faut faire porter au malade un appareil orthopédique pendant quelques mois.

M. Bœckel a été surpris de constater qu'après l'opération, et malgré l'ablation de l'astragale, il n'y avait pas de raccourcissement ; or, c'est là un des inconvénients de la tarsotomie cunéiforme. Quant aux dangers de l'opération, ils sont bien minimes, car sur quatorze observations actuellement publiées, il n'y a pas eu d'accident une seule fois, et tous les malades ont parfaitement guéri.

M. Anger est d'accord avec M. Bœckel pour ce qui a rapport aux pieds-bots osseux anciens ; dans ces cas, il pense que l'opération est nécessaire ; mais quant aux pieds-bots osseux congénitaux traités dès la naissance, il pense que l'on peut toujours les guérir avec la ténotomie et les appareils orthopédiques. Il faut, il est vrai, beaucoup de temps, mais on arrive à la guérison sans opération autre que la ténotomie.

M. Lucas-Championnière croit que la tarsotomie peut donner des résultats excellents dans les cas où l'orthopédie est insuffisante, et il regrette que cette question ait été repoussée à l'Académie de médecine lorsqu'elle y a été présentée. Cette opération peut rendre de grands services, car d'un côté l'orthopédie ne fait rien chez certains individus soignés dès le début, et d'un autre côté les malades arrivent souvent à l'âge adulte sans s'être fait soigner.

M. Desprès pense que toutes les méthodes peuvent être bonnes suivant les cas, et il ne faut pas en adopter une au mépris des autres. M. Anger va trop loin en affirmant que tous les pieds-bots pris à temps guérissent par l'ortbopédie, et il y a bien des cas où l'ostéotomie pourra rendre des services ; seulement, l'astragalotomie, à elle seule, ne pourra pas guérir le pied-bot, il faut y ajouter le redressement et un appareil prothétique.

L'orateur n'admet pas le pied-bot osseux d'emblée ; il ne croit pas que la déformation de l'astragale soit congénitale, mais qu'elle est consécutive à l'attitude vicieuse du pied.

M. Bœckel a entre les mains un fœtus de six mois qui avait un pied-bot osseux. Il est vrai que l'on peut toujours dire que les os se sont vicieusement développés par suite d'une attitude vicieuse du fœtus dans l'utérus.

— La Société procède à l'élection d'un membre titulaire.

La Commission présentait en première ligne : M. Blum ; en seconde ligne *ex æquo* : MM. Bouilly, Humbert, Reclus ; en troisième ligne : M. Kirmisson.

M. Reclus a obtenu 16 voix, M. Blum 7 voix, MM. Bouilly et Humbert, chacun 6.

En conséquence, M. Reclus a été nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Dr Henri Bastard.

DOUZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 4 au 8 avril 1883, sous la présidence de M. von Langenbeck.

Chaque année, les principaux chirurgiens de l'Allemagne et de l'Autriche se réunissent à Berlin pour se communiquer les résultats de leur pratique et échanger leurs vues sur les questions du jour. Ces réunions annuelles, réclamées dans une certaine mesure par la décentralisation universitaire, sont fécondes en communications et en débats intéressants et nous permettent de suivre d'une façon régulière l'évolution de la chirurgie allemande. C'est pourquoi la *Gazette médicale* a pris l'habitude, depuis des années, de rendre compte des travaux de cette association.

A l'ouverture du dernier congrès, le Président a fait savoir que le prix fondé par l'impératrice d'Allemagne pour récompenser le meilleur travail sur la diphtérie a été accordé, sur la décision d'un jury choisi parmi les membres de l'association, à M. le professeur Heubner, de Leipzig. Le sujet proposé était : *Recherches expérimentales sur les causes de la diphthérie, conséquences à tirer de ces recherches.* M. Heubner, dans ses recherches, est arrivé à cette conclusion, que la suppression temporaire de l'afflux sanguin dans une membrane muqueuse développe un travail inflammatoire et une mortification qui transforment ce tissu en un terrain propre au développement de l'infection.

Le jury a tenu à déclarer explicitement qu'il ne se prononçait pas sur les déductions thérapeutiques que l'auteur du mémoire couronné avait tirées des résultats de ses observations.

Voici maintenant le compte rendu sommaire des principales communications faites pendant la durée du congrès.

M. WŒLFLER (Vienne). *De la résection de l'intestin grêle et du gros intestin.* Une femme de 52 ans fut opérée pour une tumeur volumineuse de la cavité abdominale. Le ventre une fois ouvert, on reconnut que la tumeur était un fibrome du mésentère qui avait contracté des adhérences très intimes avec l'intestin grêle. Pour enlever le néoplasme, il fallut réséquer le mésentère et une anse intestinale de *un mètre treize centimètres de longueur*. Les deux bouts de l'intestin reséqué furent réunis par des sutures, après quoi on ferma la plaie abdominale. La femme, comme on pouvait s'y attendre, succomba dans le collapsus quelques heures après l'opération.

Chez une autre femme, âgée de 56 ans, l'ablation d'une tumeur abdominale nécessita la résection d'un segment du colon transverse, de quinze centimètres de longueur. La tumeur était formée par un cancer colloïde adhérent à l'estomac et à l'intestin grêle, dont il fallut le détacher, ce qui rendit l'opération très laborieuse. On dut en outre exciser une grande partie de l'épiploon. La malade supporta très bien l'opération et elle a survécu. Ce serait, à en croire M. Woelfler, le second exemple de résection du colon transverse avec terminaison favorable. Toutes les tentatives de même nature qui ont porté sur les portions ascendante ou descendante du colon ont échoué.

Incidemment, l'auteur a exposé en détails le manuel opératoire de la gastro-entérotomie, telle qu'il l'a préconisée pour les cas de carcinome du pylore où l'extirpation du segment pylorique est rendue impossible par l'étendue des adhérences.

A ce propos, M. Lauenstein (de Hambourg) a rendu compte d'une opération de ce genre : chez une femme de 35 ans, affectée d'un carcinome du pylore avec rétrécissement considérable de l'orifice pylorique, on établit une fistule gastro-intestinale. A la suite de cette opération, ni les vomissements incessants, ni la constipation opiniâtre ne cessèrent, et la malade succomba. L'autopsie fit voir que le mésentère attiré de bas en haut avait étranglé le gros intestin à deux mètres environ au-dessous du duodénum ; l'intestin était complétement vide en aval de l'étranglement.

SCHMIDT (Leipzig). — *Sur les résultats de la herniotomie depuis l'introduction des procédés antiseptiques.* — Sur un ensemble de 308 cas de hernie étranglée opérés dans différents hôpitaux avec toutes les précautions destinées à réaliser une antisepsie rigoureuse, M. Schmidt trouve, comme proportion de mortalité, 36,6 pour 100. Or, avant la vulgarisation de la pratique de Lister, ce chiffre de mortalité était, suivant l'auteur, de 45,8 pour 100. L'amélioration est minime, et cela devait être, fait observer M. Schmidt, parce que, dans les cas de hernie étranglée, le champ opératoire est presque toujours envahi par l'agent septique avant l'intervention du chirurgien. Aussi celui-ci devra-t-il se borner à parer au danger imminent par la réduction du sac herniaire et n'entreprendre une opération radicale qu'en cas de nécessité urgente. Lorsque l'anse herniée est frappée de gangrène, M. Schmidt se prononce contre la résection et se contente d'établir un anus artificiel.

M. GUSENBAUER (de Prague) s'est élevé contre cette manière de voir. Une statistique dressée par son assistant, et qui comprend 160 cas d'opérations de hernies étranglées, met en pleine lumière l'heureuse influence des pratiques antiseptiques sur les résultats de la herniotomie. La simple réduction d'une hernie étranglée peut avoir une issue malheureuse lorsque, par exemple, il existait de la péritonite avant l'intervention du chirurgien.

M. SCHŒNBORN. — *Tumeur dans l'estomac, formée par des cheveux; extirpation, guérison.* — Une jeune fille chlorotique était sujette depuis trois ans à des crises violentes de gastralgie, lorsqu'elle se fit admettre à l'hôpital de Kœnigsberg. Elle portait dans l'hypocondre gauche une tumeur dure, du volume du poing, ayant la forme d'un rein, douloureuse spontanément et au toucher, douée de mobilité ; tantôt elle se trouvait en arrière du rebord des fausses côtes, à gauche, tantôt au-dessous de l'ombilic. On hésitait entre le diagnostic de tumeur du rein ou de l'épiploon et celui de rein mobile. Contre cette dernière hypothèse s'élevait le fait que les douleurs éprouvées par la malade s'exaspéraient au repos, dans le décubitus horizontal, principalement la nuit. Ces crises douloureuses et des vomissements incessants avaient jeté la jeune fille dans un profond abattement. On se décida pour l'extirpation de la tumeur. Après ouverture du ventre, on reconnut que la tumeur était logée dans la cavité même de l'estomac. La paroi de ce viscère fut incisée, et on put extraire sans difficulté une masse ayant la forme de la cavité stomacale sur laquelle elle s'était moulée, et constituée en majeure partie par des cheveux ; on y trouvait en outre des cellules végétales, des sarcines, des grains d'amidon et de la bouillie alimentaire. La plaie se cicatrisa par première intention. Pendant sa convalescence, cette jeune fille avoua qu'à l'exemple de plusieurs de ses camarades de classe, elle avait, pendant près d'une année, avalé les bouts coupés de ses tresses, *dans l'espoir de se donner une belle voix!*

Il faut noter que la jeune fille était blonde et que les cheveux retirés de son estomac étaient noirs. Ce changement de couleur est attribué par l'auteur à l'usage prolongé des ferrugineux, auquel avait été soumise la jeune fille en sa qualité de chlorotique. M. Schœnborn rappelle, en terminant, que la littérature médicale renferme 7 faits semblables à celui qui vient d'être rapporté (1 relatif à un garçon); tous les sept ont abouti à une terminaison fatale, par suite de perforation avec péritonite suraiguë, de vomissements incoercibles, d'hématémèses profuses. Tous ces faits parlent contre l'opinion de Cloquet, affirmant que ce genre de tumeur ne se rencontre que chez des déments.

— M. KOCHER (de Berne). *De l'extirpation du goître et de ses conséquences.* M. KOCHER, qui exerce dans une région où le goître est fréquent, n'a pas pratiqué moins de 102 fois l'extirpation de la glande thyroïde dégénérée. En s'inspirant des résultats de son expérience personnelle, il recommande de négliger la ligature en masse ; l'attention de l'opérateur doit se porter tout d'abord sur le nerf récurrent, qui devra être isolé et mis hors d'atteinte. Pour assurer l'hémostase, il faut ensuite lier les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils se présentent et en commençant par les veines. La trachéotomie préventive, recommandée par quelques chirurgiens, entre autres par M. Rose (de Zurich), n'est pas seulement superflue, comme l'auteur a pu se convaincre par le résultat des 48 derniers cas par lui opérés, elle est nuisible en ce sens qu'elle favorise la déformation de la trachée résultant de la pression latérale que la tumeur thyroïdienne exerce sur ce conduit. La trachéotomie n'est réellement indiquée que dans les cas où éclate une suffocation faisant craindre l'asphyxie.

Un autre point abordé par l'auteur est celui des conséquences de l'opération. L'extirpation totale exerce, au dire de M. Kocher, une influence extrêmement délétère sur l'organisme du patient, surtout lorsque celui-ci est en pleine période de croissance. On voit survenir, à la suite de cette opération, de la faiblesse musculaire, de l'algidité ; une certaine inertie de la pensée, du langage, de la motilité, et aussi de l'œdème des mains, des pieds et de la figure, qui ferait croire à une néphrite, ne fût l'absence de toute albuminurie. Enfin il se développe une anémie, dont on peut suivre l'aggravation progressive avec le secours du microscope. Cet ensemble de manifestations consécutives constitue ce que M. Kocher appelle la *cachexia strumipriva*. Loin d'être passagère, comme il arrive à la suite de l'extirpation de la rate, cette cachexie va en s'accentuant et finit par réaliser le tableau de l'anémie pernicieuse progressive. De tout cela, l'auteur conclut que la thyroïde fait partie des organes hématopoiétiques, et que dans les cas où cette glande n'est pas envahie par une néoplasie maligne, il faut s'abstenir de l'extirpation totale et s'en tenir à la résection partielle.

M. BARDELEBEN, qui a traité la même question, met en doute la relation qua M. Kocher a établie entre l'extirpation de la glande thyroïde et cet ensemble d'accidente aboutissant à une cachexie

grave, et croit à une simple coïncidence dans les cas visés par la communication du chirurgien de Berne. Pour preuve que l'extirpation de la thyroïde, aussi bien que la splénotomie, n'ont pas sur l'hématopoièse l'influence admise par M. Kocher, M. Bardeleben a cité le fait d'un chien auquel il avait extirpé la rate et la glande thyroïde en totalité. Ce chien a survécu à cette double mutilation pendant sept années, sans trouble appréciable de la santé, et il a péri accidentellement.

(A suivre).

E. Ricklin.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

L'anorexie et les sécrétions gastriques et pancréatiques. — De récentes expériences sur l'alimentation chez les phtisiques porteraient à admettre que les glandes à pepsine et à pancréatine possèdent toujours en excès les sucs nécessaires à la digestion. Dans cet ordre d'idées, l'anorexie serait la cause première de tous les désordres et de l'intolérance de l'estomac. Cependant, nous sommes convaincu de la complexité du phénomène de l'inanition; selon nous, les sécrétions gastrique et pancréatique sont plus ou moins atteintes par la misère physiologique, et l'anoxerie, qui en est la conséquence, vient compliquer la situation en rendant parfois toute alimentation ordinaire impossible. Pour soutenir cette thèse, qu'il nous soit d'abord permis de rappeler à nos lecteurs l'opinion des physiologistes sur cette matière :

Schiff pense que les aliments dissous passent dans les veines mésentériques et de là dans le sang pour revenir ensuite par l'artère splénique dans la rate; selon lui, la rate ainsi nourrie a pour fonction de transformer les peptones en pancréatogène, et c'est seulement alors que les aliments ont été transformés, que le pancréas contient *de la pancréatine et que la seconde digestion, de beaucoup la plus importante, peut s'effectuer.*

Heidenhain arrive aux mêmes conclusions en suivant une autre théorie; il admet que dans les cellules sécrétoires du pancréas il y a un corps qu'il appelle « zymogène »; ce corps n'est pas un ferment, mais il est apte à le devenir sous l'influence de l'air ou de l'eau tiède. Selon lui le pancréas se charge de zymogène, six heures environ après la digestion des aliments, cette production atteint son maximum vers la vingtième heure; mais, ajoute-t-il, si l'animal est affamé, la glande ne contient pas de zymogène, et elle est inerte. Les expériences de M. Hersen semblent concilier les deux théories précédentes; comme M. Heidenhain, il prouve que le pancréas d'un chien à jeun est inerte, mais, dit-il, comme l'a avancé Schiff, ce pancréas inerte devient très actif lorsqu'il est broyé avec la rate d'un chien qui a fait un copieux repas.

Ainsi donc, selon M. Hersen, le pancréas, sous l'influence des matières pancréatogènes contenues dans le sang, se charge de zymogène, mais ce zymogène ne devient *pancréatine* que lorsque la rate, abondamment nourrie par le sang chargé de la digestion, lui a fourni un ferment spécial nécessaire à cette transformation.

Afin de montrer que l'observation clinique est d'accord avec la théorie, nous rapporterons une simple observation où nous verrons l'anorexie disparaître et la tolérance de l'estomac s'établir sous l'influence de la nutrition obtenue par l'intermédiaire du rectum.

Marie P..., de la Marne est âgée de 14 ans, ses père et mère sont morts de la poitrine, elle a toujours été chétive et malingre, son sternum est en carène.

En septembre 1881, la croissance achève de l'affaiblir et l'oblige à s'aliter. L'huile de foie de morue, le fer, le quinquina n'améliorent pas son état, l'appétit est nul, les aliments lui inspirent du dégoût et elle n'accepte volontiers que quelques feuilles de salade, son médecin ordinaire cesse ses visites, en enjoignant de continuer les toniques et l'huile de foie de morue.

En février 1882, je suis appelé, comme ami de la famille; l'état général n'avait fait qu'empirer, l'enfant semblait perdue et ma perplexité était grande; je prescrivis cependant des dragées d'iodure de fer, des frictions sur le sternum et l'abomen avec la pommade iodurée. Les dragées ne purent être prises.

Je songeai à relever les forces de la malade avec du vin de peptone; il fut aussitôt rejeté comme les aliments ordinaires; je pensai alors à la peptone en lavement. Cinq fois par jour on administre à la malade une cuillerée de peptone dans quatre cuillerées d'eau tiède additionnées de 3 gouttes de laudanum.

Ces lavements sont bien supportés; le surlendemain, fait digne de remarque, l'enfant accepte sans répugnance et digère une noix de côtelette.

Ce réveil de l'appétit concorde trop bien avec l'entrée en scène des peptones pour que je ne leur en attribue pas tout le mérite.

Ainsi donc, nous le répétons, dans la misère physiologique dans l'anémie, la phtisie, le malade se trouve enfermé dans un cercle vicieux, son sang appauvri ne peut alimenter les glandes à pepsine et à pancréatine, l'appétit est nul, il ne peut digérer. Si alors on présente à l'absorption des aliments plastiques digérés artificiellement, la *Peptone Defresne* par exemple (je cite cette peptone parce que son titre, 25 0[0], nous est garanti par les analyses qui ont été rapportées dans le *Bulletin de thérapeutique*, 15 mars 1881, et par l'annonce elle-même, elle est d'ailleurs jugée savoureuse par les malades), il y a lieu de penser que les sécrétions grastrique et pancréatique deviendront plus abondantes, la faim plus vive.

C'est ainsi que les choses se sont passées chez ma jeune malade, j'étais émerveillé du résultat; je lui fis prendre alors la *Peptone Defresne* par la bouche à la dose de cinq cuillerées par jour, tantôt dans le vin de Lunel, tantôt dans un peu de bouillon; elle prenait simultanément quelque peu de viande grillée, de poisson, de légumes et journellement deux dragées d'iodure de fer; huit jours plus tard elle était debout et jouait dans le jardin avec les enfants de son âge. Si je n'avais pas eu la ressource d'un nutriment assimilable, je suis convaincu que la pauvre enfant n'aurait jamais quitté son lit.

Je conseillai à son tuteur de lui continuer jusqu'à l'âge de vingt ans l'usage de la peptone à la dose de deux cuillerées par jour; je pense que sous l'influence de cette nutrition complémentaire, la cachexie scrofuleuse disparaîtra, et j'ose espérer qu'avec le secours de cette nutrition intense nous éviterons l'explosion de la phtisie héréditaire.

(*Gaz. des hôp.*).

FORMULAIRE

Potion contre l'odontalgie chez les femmes enceintes.

(Linoner.)

Rec. Croton-chloral	....	0 gr. 6
Eau de menthe	....	15 grammes.
Alcoolat de menthe	....	

M. s. a. — A prendre en une seule fois dans un verre de vin.

L'emploi du croton-chloral offre cet avantage que l'action analgésiante du médicament persiste pendant plusieurs jours.

Il n'est indiqué, bien entendu, que lorsque l'odontalgie affecte un caractère névralgique et n'est pas entretenue par une carie dentaire.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Thèses d'agrégation. — De la tuberculose expérimentale, par le docteur M.-X.-J. Schmitt.

Après avoir posé les termes de la question : la matière tuberculose est-elle *inoculable*, est-elle *spécifique*? l'auteur indique la division de son travail en quatre chapitres :

Le premier, destiné à l'étude « des divers procédés employés et des résultats obtenus »;

Le deuxième, dans lequel il donne, « d'une façon générale,

les résultats de l'expérimentation et s'occupe des objections opposées à la question de l'inoculabilité »;

Le troisième, qu'il consacre à « la discussion de la spécificité de la tuberculose »;

Le quatrième, dans lequel il résume « les recherches récentes sur le virus tuberculeux ».

Dans son premier chapitre, il examine les résultats obtenus par l'*inoculation, l'ingestion, l'inhalation*. Il montre que les résultats de l'*inoculation* sont devenus très précis lorsqu'elle a été érigée en méthode; il reproduit les règles de celle-ci : les produits tuberculeux frais seront inoculés, avec des instruments propres, en injections ou directement sous la peau par une incision très petite et qui ne devra point saigner. Les lèvres de la plaie, réunies ou non, seront placées dans un milieu antiseptique. Si l'inoculation est faite à l'aide de matière tuberculeuse en nature, on aura soin de débarrasser celle-ci des produits inflammatoires périphériques si communs dans le *poumon*.

L'auteur indique le *modus faciendi* de M. Chauveau, qui fait l'injection avec le liquide obtenu par filtration après trituration de la matière tuberculeuse dans de l'eau distillée et qu'on a laisser reposer trente-six heures. Il trace ensuite les symptômes, la marche de la tuberculose expérimentale : le lendemain de l'opération, à la palpation, aucune trace de la matière inoculée, bords de la plaie agglutinés; après quatre ou cinq jours, tuméfaction, parfois avec rougeur et chaleur; tubercule local; l'intégrité de la santé générale dans les premiers temps (incubation), même un embonpoint relatif, font ultérieurement place à de la diarrhée colliquative avec diminution des forces, marasme, et le sujet finit par succomber; l'autopsie montre au lieu d'inoculation une masse caséeuse, autour de celle-ci de petites granulations; les ganglions correspondants sont tuméfiés, quelquefois caséeux; l'intestin, le foie, la rate, le rein, sont parsemés de granulations ramollies ou non, selon l'époque de l'inoculation et la rapidité de l'éruption (en général dix ou quinze jours).

Ces phénomènes consécutifs, dit l'auteur, ont été obtenus par tous ceux qui ont suivi les règles précises de la méthode (Hérard et Cornil, Lebert, Colin). Les résultats incertains ou douteux sont dus à la négligence. Il indique ensuite le mode opératoire de Conheim, qui, introduisant, à l'aide d'une fine aiguille, un petit fragment de matière tuberculeuse dans la chambre antérieure de l'œil, peut suivre de visu les premiers stades du processus identique à celui qu'on observe dans l'inoculation sous-cutanée : légère inflammation de la cornée et de l'iris tout d'abord, qui cesse facilement; persistance avec diminution graduelle de volume ou disparition de la masse tuberculeuse, l'œil redevient clair, et, après quatorze, vingt, trente jours seulement, nodules sur l'iris, kératite grave avec ramollissement de la cornée et panophthalmie.

L'auteur étudie ensuite les inoculations avec la matière caséeuse, qui ont donné des résultats positifs à Klebs, Arloing, Chauveau, Conheim, Toussaint, Dieulafoy et Krisbaber, et des résultats négatifs à Hérard et Cornil; il explique les variations dans les résultats par ce fait que la matière caséeuse n'a elle-même aucun caractère de spécificité observée, qu'elle peut être aussi bien dans la tuberculose que dans des lésions étrangères à celle-ci; il montre que les résultats positifs affirment une fois de plus l'unité de la maladie déjà mise en évidence par les belles recherches de Grancher, de Thaon, de Malassez, de Charcot.

Aux expériences douteuses ou négatives de Bonley, etc., il oppose celles plus nombreuses et positives de Villemin, Marcet, d'inoculations par les crachats; aux cas négatifs de Roustan (inoculation par le sang), il oppose ceux positifs de Villemin et ceux relatés dans l'excellent travail de Raymond; enfin il cite les inoculations de Toussaint qui, avec du mucus nasal, de la salive, de la sérosité vaccinale, de l'urine, a pu reproduire la tuberculose; celles non moins concluantes de Damseh qui, par l'injection de produits sédimenteux urinaires pris chez des individus atteints de tuberculose génito-urinaire, reproduisit une tuberculose généralisée.

L'*ingestion* donna des résultats positifs à Chauveau, Parrot, Viseur, etc.; seuls Dubuisson, Colin, etc., n'obtinrent que des résultats négatifs ou douteux; bref, la transmission de la tuberculose par ingestion est aujourd'hui admise, voire même par le lait cru ou la viande peu cuite.

Certaines observations de Chauveau, Toussaint, dans lesquelles la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires fut le premier phénomène, tendraient à faire croire que c'est par une ulcération préexistante des premières voies que se fait l'inoculation; Conheim remarquant au contraire que les tubercules sont toujours le plus nombreux au niveau de l'intestin, croit que c'est ici que se fait l'inoculation; le passage trop rapide des produits dans l'œsophage, leur neutralisation dans l'estomac par le suc gastrique expliquant l'intégrité de ces organes.

L'auteur montre les résultats positifs de l'*inhalation*, à l'aide de laquelle Schuller développa de la tuberculose généralisée et articulaire au niveau d'articles qu'il avait contusionnés.

Dans son deuxième chapitre, il traite des symptômes, de la marche, de l'évolution de la tuberculose expérimentale; nous en avons, dans le premier chapitre, donné une analyse détaillée; il aborde ensuite « les objections élevées à la doctrine de l'inoculabilité » : la *spontanéité* de la tuberculose chez les animaux inoculés. L'auteur la combat avec Villemin, qui fait observer qu'il faudrait faire une trop large part à la coïncidence; il fait remarquer, s'appuyant sur les recherches de Martin, Raymond, Dieulafoy et Krishaber, que le lapin et le singe sont beaucoup moins souvent tuberculeux qu'on ne l'a dit; il montre enfin que la puissance qu'a le vaccin de conserver son action pendant des mois ruine l'objection, qui trouve étrange la reproduction du tubercule, matière morte ou prise sur un organisme mort.

Dans son troisième chapitre, *Spécificité de la tuberculose*, M. Schmitt montre la difficulté ou l'impossibilité de distinguer anatomiquement le tubercule spécifique de celui qui ne l'est point. Il fait voir que les cas de tuberculose généralisée à la suite d'inoculations de produits non tuberculeux ne plaident point contre la spécificité de la tuberculose, les produits inoculés ayant pu être recueillis sur des organismes tuberculeux; du reste, dit-il, pour que ces observations fussent concluantes, il eût été indispensable de noter l'état des animaux avant l'expérience, de dire s'ils avaient été isolés d'animaux déjà inoculés avec le tubercule spécifique ou déjà tuberculeux. Il admet, avec Villemin, Martin, etc., le caractère *infectieux* du vrai tubercule; sa *spécificité*, sa généralisation possible chez le malade, sa reproduction, sa généralisation chez une série d'individus successivement inoculés; les produits recueillis sur un terme de la série servant à inoculer le terme suivant, au contraire du tubercule non spécifique, qui reste local, cesse

de se reproduire à partir du deuxième ou du troisième terme de la série.

Aux objections cliniques, il oppose un tableau de la tuberculose aiguë évoluant à la façon des maladies aiguës infectieuses.

L'auteur étudie dans son quatrième chapitre quelle est, parmi les produits tuberculeux inoculés, la partie qui suffit à l'infection, à la généralisation. Il énumère les recherches de Wolf, Klebs, Reinstadler, Schuller, Toussaint, Eklund, Aufrecht, Baumgarten, Koch, trace, d'après ce dernier, les caractères des bacilles tuberculeuses, leur ressemblance avec celles de la lèpre; il montre leur abondance là où le processus est récent et rapide, leur inclusion dans les cellules; il donne l'opinion de Koch, qui pense que les bacilles agissent comme des corps étrangers dans la formation des cellules géantes; il rappelle que Koch a retrouvé ces bacilles dans les divers produits tuberculeux chez l'homme, a pu les cultiver et reproduire par leur inoculation la tuberculose; il relate les recherches de Machiafava, celles de Babesiu, qui les ont retrouvées dans les urines et dans les crachats.

A la fin de son travail, l'auteur manifeste le désir de voir vérifier les recherches de Koch, jusqu'ici peu ou point contrôlées; il indique l'utilité des recherches récentes sur l'hygiène et la thérapeutique; il traite, enfin, en quelques mots, des causes qui préparent le terrain à l'invasion de la tuberculose; il montre que, dans « l'étiologie et la thérapeutique, il faudra toujours mettre en regard de l'agent infectieux, cause première du mal, le terrain sur lequel il doit germer et se multiplier. »

DÉRIGNAC.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Byasson, ancien pharmacien en chef des hôpitaux, qui vient de succomber dans la force de l'âge, à 43 ans. M. Byasson était notre collègue à la Société d'hydrologie, où nous avions pu apprécier son savoir, son caractère, et nous associer à la sympathie générale dont il était justement entouré.

∴

ASSIMILATION DES ACCOUCHEURS DES HOPITAUX AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a délibéré, dans sa séance du 19 avril, sur la question de savoir si les accoucheurs des hôpitaux doivent faire partie des jurys du concours pour les places de médecins et de chirurgiens du bureau central. M. Nicaise, au nom des chirurgiens des hôpitaux, et M. Montard-Martin, au nom des médecins, ont lu une protestation contre le projet de l'Assistance. Malgré cette double protestation, le Conseil de surveillance, par 11 voix contre 8, a voté l'assimilation complète des accoucheurs avec les médecins et les chirurgiens des hôpitaux. MM. Nicaise et Moutard-Martin ont donné leur démission de membres du Conseil.

La Société des chirurgiens des hôpitaux, dans sa dernière réunion, et à l'unanimité des membres présents, a remercié son représentant, M. Nicaise, de son attitude à la fois digne et ferme, et approuvé sa retraite du Conseil de surveillance.

Nous nous bornons à faire connaître ces divers incidents, profondément regrettables à quelque point de vue qu'on les envisage.

∴

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Les épreuves d'admissibilité sont terminées pour les sections de chirurgie et d'accouchements. Seuls sont admis à subir les épreuves définitives MM. les candidats dont les noms suivent :

A. *Section de chirurgie*. — MM. Duret, Nélaton, Rohmer, Piéchaud, Lagrange, Baudry, Polasson, Schwartz, Etienne, Chandelux, Campenon, Segond, Dubar, Baraban, Sabatier, Kirmisson et Dupaux.

B. *Section d'accouchements*. — MM. Ribemont, Maygrier, Bar et Poullet.

— Le tirage au sort des sujets de thèses a eu lieu lundi dernier pour les candidats des deux sections ainsi qu'il suit :

A. *Section de chirurgie*. — 1. M. Baraban. — Des résultats éloignés des résections des grandes articulations.

2. M. Baudry. — Traitement de la scoliose.

3. M. Campenon. — Du redressement des membres par l'ostéotomie.

4. M. Chandelux. — Des synovites fongueuses, tendineuses et articulaires.

5. M. Dubar. — Anatomie pathologique des ostéites.

6. M. Dupaux. — De l'intervention chirurgicale dans le cancer du tube digestif et dans l'occlusion du rectum.

7. M. Duret. — Des variétés rares de la hernie inguinale.

8. M. Etienne. — Parallèle des diverses tailles vésicales.

9. M. Kirmisson. — Des modifications modernes de la lithotritie.

10. M. Lagrange. — Traitement de l'ankylose du genou.

11. M. Nélaton. — Du tubercule dans les affections chirurgicales.

12. M. Piéchaud. — Traitement du cancer du rectum.

13. M. Polasson. — Traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales.

14. M. Rohmer. — Le sarcocèle syphilitique.

15. M. Sabatier. — Des méthodes antiseptiques chez les anciens et les modernes.

16. M. Schwarz. — Des différentes espèces de pied-bot.

17. M. Segond. — De la cure radicale des hernies.

B. Section d'accouchements. — 1. M. Bar. — Des méthodes en obstétrique.

2. M. Maygrier. — Des formes diverses d'épidémies puerpérales.

3. M. Poullet. — Des divers espèces de forceps, leurs avantages et leurs inconvénients.

4. M. Ribemont. — De la délivrance par traction et par expression.

∴

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par la nomination des candidats suivants, classés par ordre de mérite : 1o M. Métaxas; 2o M. Boiffin; 3o M. Assaky; 4o M. Phocas; 5o M. Damalix; 6o M. Hamonie; 7o M. Festal; 8o M. Barbulée.

— Le concours pour la nomination à deux places d'accoucheurs des hôpitaux de Paris s'est terminé le 23 avril par la nomination des deux candidats suivants, classés par ordre de mérite : 1o M. Maygrier; 2o M. Bar. Les concurrents étaient au nombre de dix.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1882-83

118. M. Lemonski. Du traitement du mal sous-occipital à l'aide d'un appareil plâtré. — 119 M. Boiteux. Etude générale sur le traitement de la fièvre typhoïde. — 120. M. Péchin. Traitement de la conjonctivite purulente grave. — 121. M. Clary. Rupture des varices profondes du membre inférieur (coup de fouet). — 122. M. Gral Régis. De la fièvre typhoïde chez les tuberculeux. —

123. M. Deniau. De l'hystérie gastrique. — 124. M. Bigot. Contribution à l'étude du traitement de l'épiplocèle traumatique et en particulier de la ligature et de l'excision. — 125. M. Tourments. Contribution à l'étude de l'influence du traumatisme utérin et péri-utérin sur la grossesse. — 126. M. Lnizy. De la restauration du périnée pratiquée immédiatement après l'accouchement. — 127. M. Magniatis. La fièvre intermittente à Paris. — 128. M. Delpeuch. Essai sur la péritonite tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte. — 129. M. Ledoze. De la non-intervention primitive dans les plaies par balles de revolver. — 130. M. Alberto Arteoga. Plaies du testicule. — 131. M. Pris. Considérations sur les fistules du canal de Sténon et de leur traitement. — 132. M. Vérut. Contribution à l'étude des abcès chauds. — 133. M. Barbé. Contribution à l'étude des fractures du métacarpe. — 134. M. Léviste. De l'opération de la cataracte chez les diabétiques. — 135. M. Bertillon. De la fréquence de la fièvre typhoïde à Paris depuis 1865 jusqu'en 1882.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 13 AVRIL AU JEUDI 19 AVRIL 1883.

Fièvre typhoïde 36. — Variole 16. — Rougeole 31. — Scarlatine 0. — Coqueluche 17. — Dipthérie, croup 49. — Dysenterie 2. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 63. — Phthisie pulmonaire 263. — Autres tuberculoses 14. — Autres affections générales 47. — Malformation et débilité des âges extrêmes 69. — Bronchite aiguë 58. — Pneumonie 145. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 47, — au sein et mixte 23. — Inconnu 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 124. — de l'appareil circulatoire 83. — de l'appareil respiratoire 105. — de l'appareil digestif 51 — de l'appareil génito-urinaire 28. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 2. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 39. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 1342 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

COMPENDIUM ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE POUR 1883, par E. Bouchut, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8, 250 p. — Prix : 4 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 49, rue Hautefeuille.

VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE DES RAPPORTS DU POULS ET DE LA TEMPÉRATURE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par le docteur Malherbe, 1 vol. in-8, avec 29 planches dans le texte. — Prix : 4 fr. — Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

MANUEL ET INJECTIONS SOUS-CUTANÉES, par les docteurs Bourneville et Bricon, 1 vol. in-32. — Prix : 2 fr. 50 ; cart., 3 fr. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

DES INOCULATIONS PRÉVENTIVES, dans les maladies virulentes, à propos des vaccinations charbonneuses faites sous le patronage de la Société d'agriculture de la Gironde, au château de M. Bert, à Talais, par M. le docteur E. Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, brochure in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 3 mai 1883.

ASSIMILATION DES ACCOUCHEURS DES HÔPITAUX AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

Nous avons annoncé, dans notre dernier numéro, le vote du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, émis malgré les vives protestations de MM. Béclard, doyen de la Faculté de médecine, Nicaise et Montard-Martin, représentants élus des chirurgiens et des médecins des hôpitaux. Depuis lors, cette déplorable contestation est entrée dans une période aiguë. A l'exemple de la Société des chirurgiens, celle des médecins des hôpitaux a voté une adresse d'approbation et de remerciements à son représentant. Divers journaux médicaux et même politiques se sont emparés de l'incident. Enfin la plus vive anxiété règne au sujet de la décision du ministre de l'intérieur, auquel on paraît en avoir référé de part et d'autre. Il y a longtemps que pareille émotion n'avait agité notre monde médical.

Cette émotion est-elle légitime?

Certes, s'il ne s'agissait, comme quelques-uns paraissent le croire ou affectent de le dire, que de questions d'intérêts de personnes et d'amours-propres individuels ou corporatifs, il faudrait, loin de s'associer à tout ce bruit, faire ses efforts pour l'étouffer. Ce n'est jamais impunément que le corps médical prend le public pour confident de ses dissensions. Quelle que soit l'issue de ces luttes intestines, il en sort toujours amoindri et comme déprécié. L'idée que le monde se fait de notre mission et des mobiles de notre vie est si haute, qu'il éprouve une pénible surprise et une sorte de déception à s'apercevoir que nous sommes après tout des hommes comme les autres, nullement affranchis des petitesses de nos semblables.

Il faut l'avouer, du reste, l'allure que le débat a prise dans quelques bouches et sous quelques plumes, est bien faite pour aider à de fâcheuses interprétations. L'intérêt immédiat ou l'intérêt prochain ont trop manifestement dicté certains actes et certains articles. Il est à la fois digne et utile d'envisager la question à un point de vue plus élevé. Aussi bien, il s'agit là de tout autre chose que de questions mesquines et passagères. L'élévation du niveau de nos grands concours, l'autorité du corps qui s'y recrute, sont en jeu. Comme l'écrit M. Montard-Martin dans sa lettre de démission motivée : « le résultat « fatal des votes du Conseil de surveillance est l'émiettement « et l'amoindrissement du corps médico-chirurgical des hôpi« taux de Paris. » Si l'on considère les services qu'il rend à la science et aux malheureux confiés à ses soins, on n'hésitera pas à voir là une véritable question d'utilité publique.

Jusqu'ici, on le sait, le concours du Bureau central de médecine a pour juges six médecins et un chirurgien; le jury de chirurgie comprend les mêmes juges en proportion inverse. M. le directeur de l'Assistance publique a proposé dans un rapport, aux applaudissements de la majorité du Conseil de surveillance, d'introduire un accoucheur dans le concours de chirurgie, ainsi que dans le concours de médecine; cet accoucheur pourrait même éliminer le chirurgien, ce qui équivaut à dire qu'il le remplacerait suffisamment. Il semble, en effet, que le rapport tout entier se base sur cette conception que l'accoucheur est en réalité un chirurgien qui sait en outre les accouchements, tandis que le chirurgien — tout court — ne sait que la seule chirurgie.

Or, une pareille prétention est absolument contraire à la réalité. Sans nous arrêter à démontrer l'infériorité flagrante du programme du concours spécial, — tâche délicate et pénible pour ceux qui, comme nous, désirent ne pas blesser de très estimables confrères, — nous nous bornerons à les enfermer dans ce dilemme : ou vous êtes à la fois chirurgiens et accoucheurs, ou vous ne l'êtes pas. Si vous l'êtes, pourquoi ne pas avoir subi tout simplement le concours du Bureau central en chirurgie au lieu de provoquer la création d'un concours particulier? — Si vous ne l'êtes pas, pourquoi venir prendre une place bien occupée par un juge compétent et que vous ne sauriez remplir, puisqu'il s'agira toujours de chirurgie ou de médecine et jamais d'accouchement? Mais, dira-t-on, n'y a-t-il pas un chirurgien dans le jury de médecine et un médecin dans celui de chirurgie? — Il y a une raison à ce manque de symétrie; il n'y a pas en seulement dans l'introduction de cet élément le désir étroit et peu avouable d'affirmer une assimilation de grades. On s'est proposé un but plus élevé, l'intérêt du concours, et par conséquent des malades. Il arrive souvent que dans l'examen d'un cas de chirurgie il y a un point médical litigieux : le médecin le tranche. Pareil rôle a le chirurgien dans les concours de médecine. Un accoucheur, au contraire, qui n'aurait eu presque jamais l'occasion d'intervenir dans le passé, ne l'aurait sûrement plus du tout maintenant, puisque sa place a été créée précisément pour enlever aux autres services tout ce qui touche à l'obstétrique. On peut donc le dire avec certitude : les juges ordinaires des concours de médecine ou de chirurgie n'auraient à s'adresser à leur collègue improvisé que pour lui demander non son avis, mais sa voix. Son rôle manquerait à la fois d'utilité et de dignité.

Combien ces raisons n'ont-elles pas plus de force encore pour les concours des prosecteurs de Clamart, où l'on veut également faire juger par un accoucheur des épreuves roulant presqu'exclusivement sur l'anatomie, la physiologie et la médecine opératoire ! Il y a vraiment quelque chose d'attristant à déduire, par l'absence de motifs sérieux, la nature mesquine des motifs réels ; ce qui est plus pénible encore, c'est de voir l'administration céder docilement à ces prétentions que rien ne justifie. Si jamais les aliénistes sont l'objet d'une assimilation analogue, ils pourront tout aussi légitimement revendiquer et tout aussi facilement obtenir d'aller apprécier, côte à côte avec l'accoucheur, une dissection de la plante du pied ou une résection du coude. Nous voyons bien ce qu'en agissant ainsi l'administration aura fait pour satisfaire certains juges ; nous cherchons en vain le service qu'elle aura rendu au concours.

Nous avons parlé des aliénistes : seront-ils seuls à entrer par la brèche que des mains complaisantes se plaisent à élargir pierre à pierre? Déjà les pessimistes voient après l'avant-garde heureuse des spécialistes de l'utérus et du cerveau s'avancer en bataillons impatients ceux des yeux, des oreilles, de la vessie, etc., armés des mêmes arguments qui ont servi à leurs devanciers, et où quelques mots seuls sont à changer pour leur laisser auprès de l'administration complaisante leur valeur incontestée. Puis, ajoutent ces mêmes esprits prévoyants ou chagrins, viendra la nombreuse cohorte des médecins du Bureau de bienfaisance qui moyennant le «*Sésame ouvre-toi* » d'un concours *spécial*, lui aussi (et des plus *spéciaux*, sans doute) entreront dans des services et des policliniques créés à leur usage dans les hôpitaux Si l'on n'oppose dès maintenant un frein à ces ambitions envahissantes, que restera-t-il bientôt de cette grande institution qui a su conserver sa haute valeur au milieu de tant de décadences voisines ? Qui consentira à passer dix ans de sa vie à conquérir un titre désormais dépourvu de toute prestige, parce qu'il ne sera plus comme avant la marque d'une rigoureuse et difficile sélection scientifique? Que deviendra enfin l'instruction des élèves entre les mains de maîtres, sinon indignes, tout au moins médiocres ? — L'enseignement des hôpitaux, auquel l'Ecole de Paris doit la meilleure part de sa force et de son prestige, sera frappé d'un coup mortel.

Certes oui, vous les aurez détruits alors ces privilèges et ces prérogatives qui vous font prononcer le mot accablant d'*aristocratie médicale*. Etrange abus de langage! Peut-on appeler *privilèges* ces titres conquis de haute lutte et que chacun peut acquérir à force de travail et d'intelligence, *aristocratie*, cette réunion de fils de bourgeois, de paysans et d'ouvriers, qui ont des médailles et des diplômes péniblement gagnés en guise de parchemins ! Doit-on oublier que ces prétendues *prérogatives* n'ont d'autre objet que le bien public, en même temps qu'elles sont la légitime récompense d'une carrière qui est ouverte à tous ? C'est en elles que se trouve la garantie de la valeur et de l'autorité des chefs de service ; grâce à elles, le malheureux que la pauvreté conduit à l'hôpital, a la consolation inappréciable de se dire qu'aucun souverain ne serait soigné mieux que lui.

C'est au niveau élevé de nos concours actuels que le peuple doit de compter les praticiens les plus éminents au nombre de ses MÉDECINS ET CHIRURGIENS ORDINAIRES.

Voilà le rôle que remplit l'aristocratie médicale : Est-ce là ce que l'on aspire à détruire ?

LA RÉDACTION.

LES ALIÉNÉS DITS CRIMINELS

Un aliéné commet un crime ou un délit ; il est reconnu malade, déclaré irresponsable, par conséquent acquitté ou renvoyé avec une ordonnance de non-lieu, et ce n'est pas la prison, mais l'asile qui lui ouvre ses portes. Il y séjournera tout naturellement tant que durera le désordre de ses facultés mentales ; mais quand il aura recouvré la raison, le bon sens, le libre arbitre, que fera-t-on de lui ?

Si la guérison devait être définitive, la réponse est simple : on signerait son exeat, comme on signe celui de tout autre malade, et on le rendrait à la vie sociale. Malheureusement, dans un grand nombre de cas, la guérison n'est que temporaire, et le retour des idées délirantes n'est pas seulement possible ou probable, il est à peu près certain dans un avenir plus ou moins rapproché. Dès lors que faire ?

Retenir l'individu dans l'asile ? Mais du jour où il n'est plus malade, on n'en a plus actuellement le droit ; ce serait un acte purement arbitraire.

Se souvenir qu'il a été criminel et le tenir séquestré dans une prison ? Mais de quel droit, après la reconnaissance de son irresponsabilité et l'acquittement ou de l'ordonnance de non-lieu qui en a été la conséquence ?

Lui rendre la liberté ? Mais d'un moment à l'autre, si son délire le reprend, il peut devenir dangereux, et la société a le droit de se protéger. Personne n'a lu sans émotion le fait récent de cet aliéné qui, en plein boulevard, au milieu d'une foule compacte, décharge son revolver sur les passants et en blesse grièvement plusieurs.

La question dont il s'agit, et qui est d'un si grand intérêt pour la sécurité publique, n'a donc pas de solution, et la loi présente à ce point de vue une lacune que M. Billod, avec sa haute compétence en la matière, a eu raison de signaler à l'Académie de médecine. Le moment est opportun, puisque le parlement est saisi du projet de revision de la loi de 1838, et la critique de M. Billod justifiée, puisque le nouveau projet ne contient aucune disposition relative au cas dont il s'agit.

Deux intérêts sont ici en présence : celui de la société, celui de l'aliéné. L'intérêt général doit, comme toujours, primer l'intérêt privé, et tant qu'un aliéné dangereux paraissant guéri restera légitimement suspect de rechute, on devra le maintenir en séquestration.

Il n'y a que l'asile, évidemment, où cette séquestration puisse s'effectuer. Mais, pour qu'elle ne soit pas illégale, il faut que, d'après une disposition explicite de la loi, l'aliéné criminel guéri, mais suspect de rechute, soit assimilé à un aliéné en puissance de maladie. C'est cette disposition que demande M. Billod.

Si le droit de la société est incontestable et doit passer avant tout, on ne saurait cependant lui sacrifier sans un examen consciencieux et un contrôle sévère la liberté de l'aliéné guéri. Celui-ci, dans le système qui a la préférence de M. Billod, serait soumis à l'examen d'une commission composée du médecin de l'asile, du préfet et du procureur général, commission qui pourrait s'adjoindre d'autres médecins aliénistes et aurait à statuer tous les ans sur la mise en liberté ou la prolongation de séquestration de l'aliéné suspect de rechute. Ce système partage donc la responsabilité de la sortie de l'aliéné criminel entre le médecin, l'autorité administrative et l'autorité judiciaire ; il paraît offrir d'égales garanties à la société et à l'aliéné, et mérite ainsi de fixer l'attention des législateurs.

Dr F. DE RANSE.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Quatre cas d'étranglement interne traités par la laparotomie, par G. Bouilly, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 15 et 16.

III. Grossesse extra-utérine datant de sept ans; accidents d'étranglement interne; laparotomie; mort (1).

Mme X..., quarante ans, entre le 26 mars 1883, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Geneviève (service de M. Siredey). Elle a toujours été bien portante, et paraît d'une bonne constitution. Réglée à treize ans, mariée à vingt-six, elle a eu trois enfants, le premier à dix-huit ans, le dernier à trente. Depuis cette époque, les règles sont régulières et abondantes durant environ huit jours.

Il y a sept ans, en 1875, apparut dans le ventre une grosseur qui, après avoir augmenté progressivement de volume, est restée stationnaire et telle que nous la trouvons aujourd'hui. Au moment de l'apparition de la tumeur, les médecins du pays pensèrent qu'il s'agissait d'une grossesse et crurent même reconnaître par la palpation « un petit membre », d'après ce que nous dit cette femme. Depuis un an, la malade est mal réglée; tous les mois, à l'époque des règles, et surtout quand celles-ci manquaient, elle était prise de vomissements qui duraient deux ou trois jours et la forçaient à garder le lit. Les dernières règles, qui devaient avoir lieu le 20 mars, ne sont pas venues, et la malade a été prise avant-hier, dans la nuit du samedi au dimanche 25, de vomissements alimentaires et de douleurs vives dans le ventre qui l'ont décidée à entrer ce matin à l'hôpital.

Etat actuel. — Nous constatons que la malade présente un refroidissement notable des extrémités, surtout des mains. La température axillaire est de 36°,5; la vaginale de 37°,5. Le pouls est petit, serré et fréquent (120). La malade a des nausées, du hoquet, et elle rend quelques cuillerées d'un liquide jaunâtre dont l'odeur caractéristique ne nous laisse pas de doute sur sa nature fécaloïde. En outre, la malade n'a pas rendu de gaz par l'anus depuis vingt-huit heures. La nuit dernière, elle a vomi plein une cuvette de matières fécaloïdes.

Le ventre ne présente pas un ballonnement considérable; il est même assez souple, et l'on constate la présence d'une tumeur ayant le volume d'une tête d'adulte, tumeur assez mobile, faisant une saillie beaucoup plus prononcée dans la fosse iliaque droite. Elle s'étend à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Le diamètre transversal mesure 22 centimètres; le diamètre vertical 20 centimètres au-dessus du pubis. A la palpation, la tumeur paraît ferme et dure dans toute son étendue, et à la percussion on constate une matité absolue. Sur certains points, et surtout sur la partie latérale droite, on perçoit par la palpation de la crépitation amidonnée. Par le toucher vaginal, on constate que le col est fortement porté en arrière, les culs-de-sac latéraux sont libres, et la tumeur, qui vient faire saillie dans le cul-de-sac antérieur, paraît avoir des rapports de contiguïté avec l'utérus, dont le corps est refoulé en arrière.

Cette exploration ne cause pas de douleurs à la malade, qui est prise par moments de crises douloureuses, de coliques, qui se manifestent par une contraction violente de tout le bout inférieur de l'intestin, et l'on voit à ce moment la saillie formée par les anses intestinales distendues. Tout le paquet intestinal semble refoulé dans le flanc gauche, où la percussion indique une sonorité tympanique. Le flanc droit, en dehors de la tumeur, paraît affaissé et présente une sonorité beaucoup moins manifeste qu'à gauche.

(1) Cette observation a été entièrement recueillie par M. Notta, interne très distingué du service de M. Siredey, à l'hôpital Lariboisière.

M. Bouilly, qui a bien voulu venir voir la malade, juge nécessaire l'intervention chirurgicale: et, en présence des accidents d'occlusion intestinale, du refroidissement des extrémités déjà si manifeste, bien que les vomissements ne remontent qu'à vingt-quatre heures, il croit utile de faire le plus tôt possible la laparotomie. Etant donnée la mobilité de la tumeur, il pense que l'occlusion intestinale n'est pas due à une compression directe; mais, en tenant compte des accidents péritoniques auxquels la malade est sujette depuis un an (vomissements au moment des règles, douleurs abdominales, etc.), il pense qu'il s'agit d'un étranglement interne dû à une bride péritonéale ou à des fausses membranes dont la tumeur aura été la cause indirecte, et que, pour ainsi dire, c'est derrière elle et à droite qu'il faut chercher l'agent d'étranglement Aussi se propose-t-il de faire la laparotomie, et, une fois l'étranglement levé, d'enlever la tumeur et de pratiquer l'hystérectomie s'il s'agit d'un corps fibreux utérin.

M. Bouilly, qui a vu la malade à dix heures et demie, fait l'opération à trois heures de l'après-midi.

La malade a été transportée dans un pavillon d'isolement, où elle occupe une chambre spéciale.

Le pulvérisateur à vapeur fonctionne depuis midi, et toutes les précautions antiseptiques ont été prises.

Depuis le matin, la malade a vomi un bassin de matières fécaloïdes. Elle paraît s'être un peu réchauffée. La température axillaire, au moment de l'opération, est de 37°,4, et le pouls est à 120.

La vessie contient peu de liquide; on en retire avec la sonde environ 60 grammes, bien que la malade n'ait pas uriné depuis dix à douze heures.

M. Bouilly fait sur la ligne médiane une incision allant de l'ombilic à la symphise pubienne. La partie profonde de la paroi abdominale, au niveau de la ligne blanche et de ses parties latérales, a contracté des adhérences intimes avec la tumeur sous-jacente et ne peut en être que très difficilement isolée. A l'aide des doigts, à l'aide d'une spatule à manche, les adhérences sont peu à peu détachées sur le côté gauche de la tumeur, et la main, introduite profondément, peut aller sentir et reconnaître les anses intestinales, s'assurant ainsi que l'on a bien pénétré dans la cavité péritonéale et qu'on ne s'est pas égaré sous le péritoine pariétal. L'incision de la paroi est prolongée au-dessus de l'ombilic et atteint dans sa totalité une longueur de 25 c.

L'isolement de la tumeur est ainsi poursuivi lentement, à petits coups; celle-ci se présente sous l'aspect d'une masse blanche, régulière, adhérente à sa périphérie à tout ce qui l'entoure; elle s'énuclée petit à petit, en se crevant en certains points, d'où s'échappe un liquide huileux et jaunâtre. Il n'est pas difficile de reconnaître à ce moment, par la vue et la palpation, qu'il s'agit d'un volumineux *kyste fœtal*, d'une grossesse extra-utérine arrivée à un développement très avancé, et ayant déterminé une péritonite chronique qui a enkysté le produit de la conception au milieu des anses intestinales. Sur la partie latérale droite, il y a adhérence intime entre le péritoine épaissi, l'épiploon, l'intestin et la tumeur, et c'est là le siège de l'étranglement. La tumeur ne présente pas d'adhérences à l'utérus ni à la vessie et peut être extraite d'une sorte de poche concentrique, de coque fibreuse formée par le péritoine épaissi, et développée au milieu de la masse intestinale, à laquelle elle adhère intimement en certains points. Cette sorte de capsule est épaisse de 1 centimètre à 1 c, 5, présente à la coupe l'aspect d'un tissu fibreux, criant sous le scalpel, et ne contenant pas de vaisseaux. C'est en s'engageant par une ouverture de cette poche, en arrière de la tumeur et dans la fosse iliaque droite, que l'intestin paraît s'être étranglé, mais il est à peu près impossible de reconnaître quel est le siège exact de l'étranglement, et cette recherche ne serait qu'inopportune. D'ailleurs on voit, une fois l'étranglement levé, les anses intestinales qui étaient aplaties se distendre et les gaz circuler librement dans la cavité intestinale. Après avoir détaché avec la spatule l'épiploon qui était intimement adhérent à la capsule, M. Bouilly résèque une partie de cette capsule,

laissant certaines parties qui adhèrent intimement à l'intestin. Puis, après avoir fait la toilette du péritoine, il remet les intestins en place, abaisse au devant d'eux le tablier épiploïque et referme le ventre.

L'opération a duré une heure; la malade a perdu très peu de sang. Une quinzaine de ligatures sur de petits vaisseaux de l'épiploon ont été faites; il n'y a pas eu de gros vaisseau intéressé. Quatorze points de suture ont été faits, et un pansement de Lister a été appliqué. La malade a été sondée après l'opération, et la quantité d'urine était presque égale à celle qu'on avait retirée la première fois, malgré le peu de temps écoulé. Temp. le soir de l'opération : 37; pot. de Todd; champagne frappé; 3 pilules d'ext. thébaïque pendant la nuit; deux injections d'éther 2 ou 3 heures après l'opération.

27. Temp. 38. La malade est calme et a vomi ce qu'elle a bu. Elle a eu un peu de hoquet et est très altérée. Il n'est sorti par l'anus ni gaz ni matières fécales.

27 soir. — Temp. 39. La malade a rendu pendant toute la journée des gaz fétides par la bouche et a eu de fréquentes envies de vomir. La malade est très altérée. Nous lui faisons une piqûre de morphine (3 milligrammes) à six heures, et une autre à minuit.

28. — Appelé à quatre heures et demie du matin, nous trouvons la malade respirant d'une façon irrégulière; le facies est anxieux, le pouls très faible et très fréquent. Nous faisons deux injections d'éther à dix minutes d'intervalle; la malade paraît être soulagée, mais elle tombe quelques heures après dans un état comateux et meurt à huit heures vingt. La température au moment de sa mort était de 40o,5.

Autopsie le 29 mars. A l'ouverture de la cavité abdominale, nous constatons que les points de suture de la paroi n'ont pas bougé. Il n'y a pas de lésions de péritonite aiguë (pas de fausses membranes molles et friables ni d'agglutinement des anses intestinales); on ne trouve pas de liquide épanché dans la cavité abdominale, ni sang, ni liquide provenant de la tumeur. Les intestins paraissent très distendus, et nous trouvons des fausses membranes anciennes au niveau des parties de la capsule restée dans l'abdomen.

Nous déroulons successivement l'intestin en partant du duodénum, et en le coupant suivant son bord adhérent. Nous constatons que l'intestin grêle est considérablement distendu par des gaz; ses parois sont très épaisses et présentent en plusieurs points une hyperémie notable. Nous arrivons ainsi à une partie de l'intestin grêle adhérente à la face postérieure de la capsule de la tumeur, au milieu de fausses membranes anciennes, et manifestement étranglée. Ce point est situé à 80 centimètres environ de la valvule de Bauhin, et tout le reste de l'intestin grêle, ainsi que le gros intestin, est aplati contre la paroi postérieure de l'abdomen. Le côlon est rempli de matières fécales dures et marronnées.

Au niveau de l'étranglement, l'intestin grêle forme une sorte de coude et est maintenu appliqué à côté du cœcum par la face postérieure de la capsule.

L'opération n'a donc pas levé tout l'étranglement; elle a dégagé l'intestin dans un point plus élevé où il était étranglé, mais elle n'a pas porté sur ses adhérences peu éloignées de la terminaison de l'iléon.

Le mésentère est manifestement épaissi, induré, et les ganglions sont hypertrophiés.

Nous enlevons l'utérus et ses annexes, et nous trouvons que la capsule de la tumeur se continue avec une sorte de poche kystique, située sur les parties latérales droites de l'utérus. L'ovaire gauche est normal. La trompe, de ce côté, présente une sorte d'inflexion, et, après être née de l'angle supérieur gauche de l'utérus, se coude brusquement pour se porter en arrière et à droite vers le bord droit de l'utérus, où elle est maintenue fixée par des adhérences à ce niveau. Son pavillon présente une petite dilatation kystique. Quant à la trompe et à l'ovaire droits, nous pensons qu'ils sont compris et atrophiés dans les parois de cette poche kystique à surface granuleuse, dont la cavité était comparable à celle d'un gros œuf de poule.

En résumé, nous pensons que la malade est morte d'étranglement interne. Il était presque impossible de soupçonner l'existence de ce second étranglement, étant donnée la façon dont les gaz parurent circuler librement dans la cavité abdominale, l'aspect uniforme du ventre, le pouls qui s'était relevé, et la température qui avait sensiblement remonté, dès que le premier obstacle avait été levé. En outre, une exploration prolongée n'aurait paru être qu'inopportune.

Quant à la capsule, qui, en certains points, présentait une dégénérescence calcaire, nous pensons qu'elle faisait partie, comme l'enveloppe même du fœtus, à laquelle elle adhérait intimement, des enveloppes de l'œuf. Elle se continuait avec cette poche kystique, que nous pensons être le placenta. On pourrait émettre aussi l'hypothèse d'un kyste hématique; mais, si l'on peut retrouver sous le microscope des débris de villosités choriales, toute espèce de doute sera levée.

Il s'agissait donc d'une grossesse extra-utérine ou intra-péritonéale *abdominale*, ayant déterminé une péritonite chronique, avec enkystement complet du produit de la conception

L'opération a consisté essentiellement :

1° A isoler la tumeur principale, c'est-à-dire le fœtus entouré de ses enveloppes épaissies, de la poche kystique formée par les fausses membranes péritonéales;

2° A séparer cette paroi kystique elle-même de ses adhérences intestinales et épiploïques et à en réséquer les portions que la dissection a rendues libres et isolées.

Resterait à étudier le mode de développement de cette grossesse, qui n'est pas la partie la moins intéressante. Etant donnée l'inversion de la trompe du côté gauche, on peut croire à une grossesse extra-utérine, d'abord tubo-ovarienne, qui serait devenue abdominale, ou bien à une grossesse abdominale d'emblée, le placenta s'étant développé en dehors et sur la partie latérale droite de l'utérus.

Le cordon, qui présentait une longueur de 4 à 5 centimètres, était dans la tumeur, et on n'en trouvait aucun vestige dans la poche kystique.

Nous avons tenu à publier cette observation immédiatement, à cause de son intérêt clinique. L'examen histologique, qui demande un certain temps, sera fait complètement au laboratoire de l'amphithéâtre des hôpitaux.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Maladies de l'appareil digestif.

Sur un cas de cancer du pancréas compliqué de phlegmatia alba dolens, par le docteur Cane.

Il s'agit d'un ecclésiastique, âgé de cinquante-neuf ans, qui était atteint de troubles dyspeptiques depuis plusieurs mois. En même temps, les personnes de sa famille avaient remarqué une altération notable des traits de son visage. Tout à coup, il ressentit une vive douleur dans le mollet droit, accompagnée d'un léger gonflement de la jambe à sa partie interne. Deux ou trois jours après, la jambe gauche fut prise à son tour, et l'on put constater une oblitération de la veine saphène correspondante.

M. Cane se livra à un examen minutieux dans le but de déterminer la cause de cette phlegmatia alba dolens. Il soupçonnait l'existence d'un cancer, mais il ne put en trouver la trace

nulle part. Trois mois plus tard, le malade était devenu peu à peu aphasique. L'aphasie portait spécialement sur la parole, et l'écriture était encore correcte. Quelques jours après survenaient des symptômes de paralysie progressive du bras droit et de la moitié droite de la face. Ce n'est qu'au bout de six mois, alors que l'émaciation était parvenue à un degré très avancé, qu'il fut enfin possible de découvrir l'origine de tous ces accidents. M. Cane reconnut alors dans le côté gauche du ventre l'existence d'une masse aplatie, irrégulière, paraissant adhérer à la colonne vertébrale. La faiblesse du patient augmenta rapidement, et il succomba bientôt.

A l'autopsie, on trouva une grosse tumeur bosselée, irrégulière, qui occupait la place du pancréas. Une masse de ganglions cancéreux entourait l'aorte et la veine cave. Ce fait vient à l'appui de l'opinion de Trousseau, qui insistait sur la valeur de la phlegmatia alba dolens dans le diagnostic des cancers viscéraux profonds qui ne s'accompagnent pas de tumeur accessible à l'exploration. (BRIT. MED. JOURNAL, février 1883.)

SUR DEUX CAS DE KYSTES HYDATIQUES DU FOIE TRAITÉS PAR L'INCISION, par le docteur THORNTON.

— Chez les deux malades, l'affection avait débuté dans la jeunesse, elle avait progressé lentement et était restée longtemps sans exercer d'influence fâcheuse sur la santé générale. Chez l'un d'eux, le kyste était multiloculaire et avait été d'abord traité par des ponctions aspiratrices. Mais après la cinquième ponction, la suppuration s'établit, et l'incision ne fut pratiquée que dans le but d'essayer de sauver la vie du malade, qui succomba d'ailleurs au bout de trente et une heures.

Dans le second cas, il n'y avait qu'un seul kyste. On donna une libre issue au liquide, et l'on n'eut recours ni au drainage ni aux injections irritantes. En quelques semaines, la cavité était revenue sur elle-même, et la guérison était complète, sans altération des fonctions du foie. Le pansement employé était celui de Lister. C'était, en somme, la nature seule qui avait fait les frais de la cicatrisation, aidée seulement par la protection que le pansement fournissait à la plaie contre l'air extérieur. (MEDICAL TIMES AND GAZETTE, janvier 1883.)

Dr GASTON DECAISNE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 avril 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DE L'ÉLONGATION DES NERFS. — Note de M. L. MINOR, présentée par M. VULPIAN.

On peut résumer ainsi, d'après l'auteur, les effets de l'élongation d'un nerf :

1° L'action est limitée au point qui supporte l'élongation ;

2° Il y a là interruption de la conductibilité du nerf dans le sens centrifuge et dans le sens centripète ;

3° Cette interruption peut être complète ou incomplète selon la force de l'élongation ;

4° Celle-ci détruit en partie les nerfs affectés.

Les modifications histologiques consécutives à une élongation forte d'un nerf, étudiées six semaines après l'opération, montrent de la manière la plus précise que l'élongation produit une dégénération considérable dans la portion située au-dessous de la partie allongée du nerf et dans la région allongée elle-même. La lésion est très peu prononcée au-dessus et elle disparaît à une distance peu éloignée du point étiré. Les racines, la moelle, sont absolument intactes.

Dans les parties malades, il y a quelques fibres normales, d'autres en état de régénération ; on y trouve encore une augmentation du tissu conjonctif, surtout dans la partie allongée, avec un grand nombre de vaisseaux.

L'examen des muscles correspondant au tronc allongé n'a montré aucune trace de dégénération. La dégénération incomplète d'un tronc nerveux peut donc ne pas provoquer une dégénération des muscles.

NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA VÉRATRINE. — Note de MM. PÉCHOLIER et REDIER.

Afin de préciser l'action physiologique de la vératrine, nous avons entrepris sur les grenouilles, les lapins et les chiens des expériences dont nous résumons les conclusions :

I. *Action locale.* — Effet topique irritant sur la peau et les muqueuses, qui augmente encore sur le derme dénudé.

II. *Action sur le tube digestif.* — Vomissements abondants et selles copieuses. La vératrine est donc un éméto-cathartique puissant.

III. *Action sur les sécrétions.* — Supersécrétion du mucus nasal, sialorrhée, diurèse ordinaire, rarement diaphorèse.

IV. *Action sur la circulation.* — 1° Accélération primitive due en grande partie aux efforts de vomissement ; 2° ralentissement secondaire pouvant même arriver au collapsus. — Arrêt des cœurs lymphatiques avant celui du cœur sanguin (grenouilles). Arrêt de celui-ci en diastole. Altération du sang.

V. *Action sur la respiration.* — 1° Accélération primitive, 2° ralentissement secondaire. Difficulté et gêne de la respiration.

VI. *Action sur la température.* — Abaissement nettement précisé par le thermomètre.

VII. *Action sur le système musculaire.* — 1° Excitation primitive plus ou moins courte, suivant l'intensité de la dose, contractures apparentes ; 2° affaissement et paralysie ultérieurs. Opposition formelle, malgré l'opinion de beaucoup d'auteurs, avec l'action de la strychnine ; 3° parésie complète et collapsus.

VIII. *Action sur le système nerveux.* — 1° *Motricité nerveuse*, non influencée ; c'est le contact du sang vératriné sur la fibre musculaire et non l'action du nerf moteur impressionné par la vératrine qui détermine l'excitation primitive du muscle. Cette substance, malgré le dire de Kœlliker, n'agit pas directement sur la moelle.

2° *Sensibilité* : à l'action irritante topique déjà signalée succèdent bientôt l'anesthésie et l'analgésie.

3° *Fonctions intellectuelles* : intelligence conservée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 avril 1883. — Présidence de M. HARDY.

— La correspondance comprend : 1° une note de M. le docteur Cavaillon (de Carpentras) sur le traitement externe des pustules de la variole, consistant en un pansement avec une solution alcoolique de benzine au quarantième, et applications à partir du septième jour de couches d'huile d'olive toutes les deux heures ; 2° une note sur le *traitement des accidents charbonneux de la face*, par M. le docteur Bernard (de Saint-Mandé) ; 3° un mémoire sur l'*allaitement artificiel ou instituts nationaux pour l'élevage des nouveau-nés*, par M. le docteur Boudard (de Gannat).

TRAVAUX PRÉSENTÉS. — *Le charbon et la vaccination charbonneuse*, par M. Chamberland. — *Traité de l'extérieur du cheval*, dernier fascicule, par MM. Goubaux, directeur de l'École vétéri-

naire d'Alfort, et Barrière, professeur d'anatomie et d'extérieur. — Rapport fait devant le Conseil d'hygiène publique et de salubrité, sur les maladies contagieuses des animaux, observées dans le département de la Seine en 1882, par M. Leblanc. — *Le professeur Astruc et l'huissier charbonnier*, par M. le docteur Chavernac (d'Aix).

— Le chlorure de méthylène. — A propos de la dernière communication de M. Regnauld sur la falsification du chlorure de méthylène, M. Le Fort dit qu'il a pratiqué de vingt-cinq à trente fois l'anesthésie avec le produit qu'il a fait venir de chez le fournisseur de M. Spencer Wells et qu'il en a obtenu de bons résultats. Il a évité ainsi le plus souvent les vomissements et l'état nauséeux qui suivent si fréquemment l'administration du chloroforme. Si le produit en question est falsifié, cela prouve une fois de plus que nos sensations donnent des résultats plus délicats que ceux fournis par l'analyse chimique.

M. Regnauld répète que le produit en question est un mélange de chloroforme et d'alcool de bois. Cet alcool étant lui-même un anesthésique, les résultats observés par M. Le Fort ne l'étonnent pas. Mais il n'en est pas moins intéressant de savoir qu'au lieu de chlorure de méthylène, substance qui se vend très cher, on a un mélange relativement bon marché.

—Conjonctivites purulentes d'origine rhumatismale.—M. Panas fait quelques réserves sur les formes graves de conjonctivite purulente qui, d'après M. Perrin, seraient sous la dépendance du rhumatisme. Les renseignements fournis par les malades au sujet de l'étiologie blennorrhagique sont souvent plus que douteux, et l'on sait, d'un autre côté, que certaines maladies antérieures de la conjonctive peuvent donner une gravité exceptionnelle à la conjonctivite vulgaire. M. Panas n'en reconnaît pas moins que beaucoup d'ophthalmies catarrhales portent l'empreinte de l'arthritisme, dont elles sont une manifestation locale.

M. Perrin répond qu'il a donné la forme purulente grave de conjonctivite rhumatismale, non comme un fait démontré, mais plutôt comme un sujet à l'étude.

— Les doctrines microbiennes. — M. Pasteur voulait d'abord réfuter longuement le dernier discours de M. Peter; puis il a pensé, avec ses amis, qu'il suffirait d'apporter à la tribune de l'Académie quelques rectifications matérielles.

Ainsi relativement à la *maladie nouvelle provoquée par la salive de l'enfant mort de la rage*, M. Pasteur maintient qu'il s'agit bien d'une maladie nouvelle et d'un microbe nouveau. Il ajoute qu'il a été conduit par ses expériences personnelles à trouver qu'il n'existe aucune relation entre cette maladie et la rage avant l'intervention de M. Vulpian.

En second lieu, ce que M. Peter aurait lu comme une troisième lettre des professeurs de Turin n'est qu'un extrait de la seconde, à la suite de laquelle M. Pasteur s'est mis à leur disposition pour répéter devant eux les expériences.

M. Pasteur a dans sa poche la troisième lettre, datée du 16 avril, et le directeur de l'Ecole de Turin y dit simplement que, en raison de l'absence de l'un de ses membres, la commission n'est pas pour le moment en mesure de délibérer; qu'elle répondra plus tard à la proposition du savant français.

— Les bacilles de la tuberculose. — M. Cornil termine sur ce sujet la communication qu'il avait commencée dans la précédente séance.

Après avoir suivi et montré les bacilles dans les différents tissus et organes qui sont le siège de lésions tuberculeuses (méninges, plèvre, péricarde, péritoine, muqueuse intestinale, ganglions mésentériques, poumons, ganglions bronchiques, rate, foie, reins, etc., etc.), M. Cornil groupe en trois séries de faits les quarante observations qui ont servi de base à son travail, et résume ainsi les notions qui s'en dégagent :

1º Dans une première série de faits, le nombre considérable des bacilles de la tuberculose dans les produits tuberculeux, granulations et infiltrations, explique parfaitement la genèse des lésions d'inflammation chronique qui constituent la tuberculose. Les lésions sont là aussi manifestement liées aux bactéries que les nodules de la lèpre, maladie dans laquelle le rôle des parasites est aussi bien démontré que dans le charbon.

La propagation de ces micro-organismes par les vaisseaux sanguins et lymphatiques, est prouvée par leur siège à l'intérieur et autour de ces vaisseaux.

Cette catégorie de faits est absolument assimilable aux expériences d'inoculation par lesquelles M. Koch, en injectant à des centaines d'animaux différents les bactéries de la tuberculose purifiées et isolées par plusieurs cultures, a reproduit constamment la tuberculose.

2º Dans une seconde série de faits, les bacilles caractéristiques de la tuberculose sont peu nombreux, mais il en existe constamment un ou plusieurs dans les cellules géantes, c'est-à-dire au milieu des granulations tuberculeuses. On doit croire que là aussi les bacilles ont été le point de départ de l'inflammation nodulaire, parce qu'ils siègent à son centre. Là aussi, le pourtour des petits vaisseaux est leur siège d'élection.

Quelquefois, au lieu des bacilles ou à côté des bacilles, on rencontre des grains qui se colorent de la même couleur par la même série de manipulations ; ces grains ne sont pas les éléments qui ont été vus tout d'abord par MM. Klebs et Toussaint. Nous nous sommes assuré, par l'examen des tubercules inoculés à l'aide du liquide de culture de M. Toussaint, qu'il existait des bacilles caractéristiques dans des tubercules d'inoculation.

3º Dans une troisième série d'observations relatives à la tuberculose chronique, les bacilles, qui sont presque toujours dans les cellules lymphatiques migratrices, ne se trouvent plus que dans la paroi des cavernes ou des bronches ulcérées. On n'en voit généralement pas dans les parties en dégénérescence caséeuse. Cependant, au pourtour de ces masses caséeuses, on en rencontre dans la zone qui contient des granulations plus récentes. Quelquefois il en existe encore des amas en quelque sorte enkystés dans les tubercules fibreux très anciens, entourés de dépôts de charbon.

Pour commenter les cas de ce genre où le nombre des bacilles est loin d'expliquer toutes les lésions observées à l'autopsie, on peut supposer qu'ils ont été éliminés ou détruits, mais qu'ils n'en ont pas moins laissé après eux des inflammations chroniques de nature scléreuse ou des îlots de dégénérescence caséeuse, toutes modifications des tissus qui persistent après leur disparition.

Pour comprendre cette disparition des bacilles dans les produits tuberculeux anciens, il faut tenir compte de ce fait, qu'ils sont transportés par les cellules migratrices, et qu'il s'en fait une élimination constante et considérable par les crachats provenant des bronches et des cavernes, par les catarrhes et par la surface des ulcérations de l'intestin et par les urines.

D'ailleurs, tout n'est pas dit sur cette question des bacilles de la tuberculose qui ne date que d'un an. Il suffirait de méthodes nouvelles de coloration et de recherches des bactéries pour étendre nos connaissances sur ce sujet. Peut-être découvrira-t-on d'autres états de ces mêmes bactéries que nous ne connaissons pas encore.

Mais, aujourd'hui, en tenant compte des nombreuses causes prédisposantes de la phthisie, on ne peut nier, en face des découvertes de Villemin et de Koch, que le parasitisme n'en soit la cause essentielle.

— Lacune de la législation relativement aux aliénés dits criminels. — M. Billon fait sur ce sujet une communication. (Voir le *Premier-Paris*.)

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 avril 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

TUMEUR DERMOÏDE CONGÉNITALE DE L'ŒIL. — Rapport de M. PONCET sur une observation de M. Brière (du Havre).

Il s'agit d'un enfant venu au monde avec une petite tumeur tombant sur la joue gauche et reliée à la paupière et au globe oculaire par un cordon, dont la présence gêne les mouvements de la paupière. Chez cet enfant, la moitié externe de l'œil manque; le tiers interne de la cornée existe seul. Il existe bien les fibres radiées de l'iris, mais il n'y a pas de sphincter interne, et la pupille fait défaut.

L'examen histologique de la tumeur fait par M. Poncet a donné le résultat suivant : l'enveloppe est formée par de la peau, avec un revêtement épithélial régulier ; tous les éléments sont jeunes ; il y a des follicules pileux, avec des glandes sébacées et des glandes sudoripares. Dans le cordon servant de pédicule à la tumeur, on trouve une artériole, une veine et un gros tronc nerveux.

— SUTURE OSSEUSE DANS LES FRACTURES TRANSVERSALES DE LA ROTULE, AVEC ÉCARTEMENT. M. BEAUREGARD, du Havre, lit sur ce sujet une observation et présente le malade qui en fait l'objet.

Renvoyé à une commission : MM. Anger, Nicaise et Chauvel.

— SYPHILIS ET RACHITISME. — Communication de M. MAGITOT.

Aux objections qui ont déjà été émises contre la doctrine de M. Parrot, M. Magitot vient en ajouter d'autres se rapportant aux lésions dentaires. Il ne peut admettre l'opinion de M. Parrot, qui affirme que les érosions que l'on rencontre sur les dents sont un signe absolu de syphilis héréditaire, et il déclare au contraire que ces lésions ne sont en aucune façon tributaires de la syphilis.

M. Magitot se pose les trois questions suivantes :

1o L'érosion dentaire est-elle un signe caractéristique et indéniable de la syphilis héréditaire ?

2o La syphilis héréditaire imprime-t-elle des lésions particulières aux dents ?

Quelles sont les causes et la nature de l'érosion dentaire ?

A la première question, l'auteur répond par la négative, et il en donne les raisons que voici : Beaucoup de sujets manifestement syphilitiques n'offrent pas d'érosions dentaires ; nombre de cas fournis par MM. Horteloup, Cazin, Fournier, etc., en font foi. Les Kabyles, chez qui la syphilis est fréquente, n'offrent pas d'érosions dentaires ; il en est de même pour plusieurs autres races, en Chine, au Pérou, au Japon, etc. En outre beaucoup de sujets portent des érosions manifestes, sans que chez eux on ait pu découvrir aucune trace de syphilis. Enfin on retrouve très nettement cette lésion chez des animaux que la syphilis n'atteint pas.

Quant à la seconde question, M. Magitot reconnaît que la syphilis exerce sur l'évolution des dents une influence considérable, mais ce n'est pas sous forme d'érosions. La syphilis héréditaire influe sur la forme et le nombre des dents ; celles-ci subissent une dégradation que l'on peut traduire par ces deux mots : *nanisme* et *amorphisme*.

La nature de la lésion consiste dans un trouble et un arrêt du développement des deux tissus de la dent, l'émail et l'ivoire. Les érosions se rencontrent chez les sujets qui, dans leur première enfance, ont présenté de l'éclampsie, laquelle s'accompagne d'un trouble profond de la nutrition générale, et par là retentit sur le développement des dents. L'éclampsie infantile comme cause des érosions a, de nombreuses preuves cliniques, et Broca, qui pendant un certain temps avait cru que ces lésions dentaires pouvaient être tributaires d'autres affections, était revenu sur cette opinion, pour ne les rattacher qu'à l'éclampsie.

M. Magitot termine son discours par les conclusions suivantes :

1o L'érosion dentaire n'est pas caractéristique de la syphilis.

2o La syphilis imprime aux dents des lésions qui se rapportent à la forme et au nombre de ces organes, mais elle ne produit pas d'érosion.

3o Les érosions dentaires sont produites par les états pathologiques à forme convulsive de la première enfance.

M. L. CHAMPIONNIÈRE a vu des enfants qui étaient porteurs d'érosions dentaires, sans que jamais ils aient présenté de convulsions ; du reste, il admet difficilement qu'une affection à évolution aussi rapide que les convulsions puisse donner lieu à une lésion aussi persistante que l'est l'érosion dentaire. Il croit qu'il est préférable d'admettre que tous les états graves pouvant influer sur la nutrition de l'enfant sont capables d'engendrer cette lésion.

M. SÉE rapproche les érosions dentaires des troubles de nutrition que l'on rencontre sur les ongles lors des maladies graves. Si au moment de la formation de l'émail il y a une maladie, il s'ensuit un défaut de nutrition ; l'ivoire se développe, mais l'émail ne se dépose pas et il reste une lésion persistante.

M. DESPRÈS fait remarquer qu'il est souvent très difficile de donner une cause à l'érosion dentaire ; ainsi, pour un malade porteur de cette lésion, il n'a trouvé comme antécédent aucune maladie. L'enfant seulement avait été difficilement élevé, tantôt au sein, tantôt au biberon. — Il pense qu'une maladie quelconque, survenant avant l'éruption des dents, peut engendrer l'érosion. — M. Després cite même le fait suivant : Sur quatre enfants d'une même famille, le dernier seul avait des érosions dentaires ; or, la seule cause qui puisse être invoquée, c'est que la mère, avant sa dernière grossesse, avait eu une fièvre typhoïde grave.

M. MAGITOT : Sur les quarante observations que j'ai recueillies, je n'ai trouvé comme cause que les convulsions, et, chez les malades qui font le sujet de ces observations, l'étendue des érosions était en rapport avec la durée de l'état éclamptique qu'avaient présenté les enfants.

Dr HENRI BASTARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mars 1883. — Présidence de M. MILLARD.

BOTHRIOCÉPHALES. — M. TENNESON présente trois bothriocéphales rendus ensemble par un malade de son service. Dans le courant du mois de janvier dernier, un jeune homme venait à la consultation avec un long fragment de bothriocéphale, dont quelques anneaux auraient suffi pour en reconnaître la nature, car il est le seul de nos vers rubanés qui ait les pores génitaux médians. Ces pores se présentent sous la forme de points grisâtres très apparents à l'œil nu, points distincts les uns des autres là où les anneaux ont une certaine longueur ; tandis que, plus près de la tête, les anneaux sont tellement courts que ces points forment une ligne en apparence continue. De plus, pour faire le diagnostic, il suffit d'examiner au microscope une parcelle de matières fécales pour y trouver toujours des œufs. On ne se figure pas, en effet, la quantité d'œufs que contient l'intestin d'un individu atteint de bothriocéphales. Ces œufs, sur une préparation fraîche, sont régulièrement elliptiques et limités par un double contour.

Le malade de M. Tenneson avait habité pendant plusieurs années le bord des lacs de Genève, de Lausanne et de Bienne, où il avait, selon toutes probabilités, contracté les parasites, causes, depuis quatre ans, des troubles digestifs et des phénomènes nerveux (vertige, céphalalgie) dont il souffrait.

La pelletiérine Tanret, si efficace contre le tœnia inerme, échoua deux fois chez le malade. La tête du ver ne fut pas expulsée ; mais la seconde fois il rendit des fragments de strobile qui ne pouvaient se raccorder et montrèrent que le malade devait avoir trois bothriocéphales. Après quelques jours de repos, M. Tenneson eut recours à la fougère mâle, qu'il prescrivit ainsi :

Poudre de fougère mâle } aa 8 grammes.
Extrait éthéré }
Poudre inerte............ Q. S.

pour un électuaire mon à prendre par bols, le matin à jeun, dans

l'espace de 30 à 45 minutes, une demi-heure après l'administration de 30 grammes d'huile de ricin. Une heure plus tard, les trois bothriocéphales étaient rendus en bloc avec leur tête, et, dès le lendemain, les selles ne contenaient plus d'œufs.

— Au sujet de cette communication, M. Duguet lit une observation relative aussi à un cas de bothriocéphale qu'il a eu l'occasion de voir récemment à Paris. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans, mariée depuis onze mois, qui était, depuis près de deux ans, en proie à des tremblements nerveux bizarres avec cardialgie et sentiment de défaillance, phénomènes qu'elle ne savait à qui attribuer. Tout d'abord, M. Duguet crut à des accidents hystériques; mais, en pressant la malade de questions, il apprit bientôt que les selles étaient irrégulières et qu'elles avaient contenu dernièrement *un ruban long de plusieurs mètres*, de plus que cette jeune femme avait habité Genève à deux reprises différentes : en 1879, pendant un mois, en 1881 pendant quinze jours. Un long fragment de ce ruban ayant été conservé dans de l'alcool, M. Duguet constata que ses anneaux étaient très rapprochés, larges, et présentaient une partie médiane légèrement saillante très brune et même noire, formée par les organes génitaux, ce qui donnait au ruban l'aspect d'une longue gousse de légumineuse avec ses fruits noirâtres.

Dès lors, les accidents nerveux éprouvés par la malade se trouvaient expliqués. M. Duguet eut recours, sur les conseils de M. Constantin Paul, aux pilules Peschier faites, comme on le sait, avec l'extrait éthéré de pousses fraîches du rhizôme de la fougère mâle. Vingt pilules furent administrées dans un peu de confiture, en deux fois, à une demi-heure d'intervalle; le soir à dix heures et le lendemain matin la malade allait à la selle et rendait un ruban de 6 à 7 mètres de longueur. La tête ne s'y trouvait pas, mais il se peut qu'elle ait passé inaperçue au milieu des matières rendues, il se peut aussi qu'elle soit restée dans l'intestin, ce dont on ne pourra avoir la preuve que dans deux ou trois mois, quand le ver sera redevenu assez long. En tout cas, si le ver n'a pas été rendu en entier, cela peut tenir à ce que les pilules Peschier dont M. Duguet s'est servi dataient déjà de quatre mois.

Le chlorhydrate de kairine. — M. Hallopeau communique une note sur un nouvel antipyrétique introduit dans la thérapeutique par M. le professeur Filehne (d'Erlangen), le chlorhydrate de kairine, dérivé de la quinoline, dont le véritable nom est *méthylhydrure d'oxyquinoline*. Il abaisse la température chez les fébricitants, et la chute, d'antant plus rapide que la dose est plus élevée, s'accompagne de sueurs abondantes qui cessent bientôt si l'on maintient la température au chiffre physiologique en donnant de nouvelles doses des médicaments.

Son action antipyrétique, sur laquelle M. Hallopeau entre dans de très grands détails, paraît s'exercer dans toutes les maladies; les résultats obtenus dans la pneumonie sont surtout dignes de remarque, car la kairine arrive à la faire évoluer tout entière dans l'apyrexie.

M. Hallopeau ayant pu, grâce à l'obligeance de M. Filehne, avoir à sa disposition quelques grammes de kairine, a constaté la puissance de son action chez trois malades, dont deux étaient atteints de pneumonie et le troisième de tuberculose miliaire aiguë Aussi croit-il pouvoir affirmer dès maintenant que le chlorhydrate de kairine est, de tous les agents antipyrétiques, celui dont l'action, à doses non toxiques, est la plus sûre, la plus puissante et la plus rapide. M. Hallopeau l'a administré par paquets de 50 centigrammes d'heure en heure ou toutes les heures et demie.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Varèle.

DOUZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 4 au 8 avril 1883, sous la présidence de M. von Langenbeck.

Suite. — Voir le numéro précédent.

M. Woelfler (Vienne). — *De l'extirpation du goître.* — La communication de M. Woelfler, qui est à rapprocher de celle de M. Kocher, a trait à l'extirpation des tumeurs bénignes du corps thyroïde. L'auteur a opéré en tout dans 66 cas, dont 5 se sont terminés par la mort. Il exprime l'espoir que ce chiffre de mortalité, relativement considérable, ira en diminuant à mesure qu'une pratique plus étendue de l'opération fournira les moyens de perfectionner le manuel opératoire, et à ce propos il fait remarquer que des 66 cas mentionnés plus haut, les 19 derniers n'ont fourni aucun décès.

M. Wœlfler est entré dans des détails circonstanciés relativement à la structure histologique et au diagnostic des diverses dégénérescences qu'on rencontre dans les cas de goître. Nous ne parlerons que de ce qu'il a dit au sujet des indications et du manuel opératoire.

Les indications sont fournies par l'existence de quelque trouble fonctionnel grave, et comme tel il faut citer surtout la dyspnée. L'opération implique des dangers assez sérieux pour que le chirurgien se refuse à faire l'extirpation du goître en vue de considérations purement plastiques. Le but visé serait d'ailleurs manqué en grande partie, car, à la saillie disgracieuse formée par le goître, l'extirpation de la tumeur substituerait une dépression qui se creuse considérablement en arrière du sternum, à chaque inspiration, et qui défigure encore plus que la tumeur goîtreuse.

Lorsque l'extirpation du goître est légitimée par un danger réel, la grossesse n'est pas une contre-indication dans les six premiers mois; à une époque plus avancée de la gestation, et en cas de suffocation provoquée par un goître, il faut se borner à faire la trachéotomie.

M. Wœlfler montre, en s'appuyant sur sa statistique, que l'extirpation partielle d'une moitié du goître est moins dangereuse que l'extirpation totale. Jamais il n'a vu l'opération entraîner les suites éloignées (cachexie, idiotie), signalées par M. Kocher. Quant au reste, le manuel opératoire indiqué par ce dernier a obtenu l'approbation de Wœlfler, qui a insisté sur la nécessité de mettre tout d'abord à jour la portion sous-sternale de la tumeur et d'éviter de blesser la capsule; celle-ci étant très mince et très vasculaire, on s'exposerait à des hémorrhagies profuses en l'ouvrant avant d'avoir lié les rameaux vasculaires d'un certain calibre.

La mort est presque toujours la conséquence de complications de nature infectieuse qui bravent les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Dans un des cas opéré par Woelfler, l'issue fatale fut la suite de la pénétration de l'air dans la veine thyroïdienne inférieure, qui fut arrachée au moment de l'extraction de la tumeur.

—Nous ne ferons que signaler, à propos de la communication de M. Wœlfler, celle de M. Maas (Fribourg) *sur les modifications de la trachée occasionnées par des goîtres.*

—Heuck.—*Du traitement opératoire du carcinome du rectum.*—Depuis 1875, M. Heuck a traité 75 cas de carcinome du rectum : 4 étaient inopérables; 44 ont été opérés au moyen de la cuiller; 25 malades ont subi l'extirpation totale, dont un seul a succombé à une péritonite septique consécutive à l'irruption de matières fécales dans le péritoine. Dans tous les cas qui ont été opérés, le néoplasme a fait l'objet d'un examen microscopique; il n'a pas été possible de déduire des résultats de cette étude un rapport fixe entre la structure histologique de la tumeur et sa malignité; 73 fois sur 75, les ganglions inguinaux étaient engorgés; une seule fois cet engorgement était le fait d'une dégénérescence cancéreuse de ces ganglions.

Pour l'extirpation du rectum, M. Heuck adopte, à peu de chose

près, le manuel opératoire inauguré par Volkmann : Après avoir pratiqué une incision concentrique à l'anus, il enlève une portion du rectum plus ou moins longue, suivant les circonstances ; le bout restant du gros intestin est ensuite attiré en bas et fixé par des points de suture à la plaie cutanée. Avant l'opération, l'intestin a été soigneusement vidé au moyen de purgations répétées ; avant d'inciser, la région correspondant à l'incision est soigneusement désinfectée, et, pendant toute la durée de l'opération, le champ opératoire est irrigué avec une solution d'acide phénique à 1 pour 100. Une fois l'extirpation de la partie envahie par le néoplasme terminée, on cautérise la plaie avec une solution de chlorure de zinc et on applique le pansement à l'iodoforme. De cette façon, Heuck a pu obtenir une cicatrisation absolument aseptique, sans la moindre réaction fébrile.

Pour ce qui est de l'opération radicale, Heuck estime que, lorsqu'elle s'impose, il faut enlever le rectum en entier et ne pas laisser en place des portions de muqueuse rectale saines en apparence. En appliquant ce précepte, il a eu à déplorer deux fois moins de récidives.—Douze fois il a été amené à ouvrir le péritoine dans le cours de l'opération, et cinq fois il a négligé l'occlusion de la plaie péritonéale, sans qu'il en résultât des conséquences fâcheuses. D'où on peut conclure qu'il suffit de supprimer toute communication entre le gros intestin et la cavité abdominale pour n'avoir pas à s'occuper de la plaie péritonéale.

Dans les cas où l'opération radicale se trouve contre-indiquée parce qu'elle n'a plus chance d'aboutir, on se contente d'enlever le néoplasme avec la cuiller et de le détruire à l'aide des caustiques, afin d'apaiser les douleurs ressenties par les malades et pour prévenir les hémorrhagies profuses. Mais il est une autre indication qu'avec n'importe quelle manière de procéder on ne parvient pas à remplir, c'est de frayer un libre passage aux matières fécales à travers l'intestin rétréci. Par suite, le danger d'une occlusion intestinale ira en augmentant et ne saurait même être prévenu au prix d'une extirpation partielle. En pareils cas, c'est à la colotomie qu'il faut recourir ; pourvus d'un anus artificiel, les malades, malgré leur carcinome, peuvent vivre une année et plus, comme Heuck en a vu des exemples.

—Küster.—*Traitement du cancer du sein.* — M. Küster a insisté sur la double nécessité d'une ablation totale du sein dans les cas de tumeur maligne de cette glande et de l'extirpation des ganglions axillaires. Ceux-ci peuvent ne point paraître engorgés à la palpation pratiquée à travers les téguments. Or, sur 117 cas d'amputation du sein complétée par la toilette du creux axillaire, que l'auteur a empruntés à différentes sources, 2 fois seulement les ganglions axillaires examinés à l'aide du microscope ont été trouvés sains. De 15 femmes, chez lesquelles on ne fit pas du premier coup ce que l'auteur appelle l'amputation régionaire, c'est-à-dire l'extirpation complète de la glande dégénérée et des ganglions axillaires, 13 ont succombé à une récidive au bout d'un temps très court, et les deux autres ont dû subir une seconde opération.

Les 117 cas d'extirpation complète avec toilette du creux axillaire ont fourni un taux de mortalité de 15 0/0 ; cette statistique embrasse la période où le pansement antiseptique n'était pas encore vulgarisé, et où par conséquent il y avait à compter avec les ravages de l'infection septique. Pour ce qui est du chiffre des guérisons, Küster annonce 21, 5 0/0 de guérisons définitives en comptant comme telles les cas où trois ans après l'opération il n'était pas survenu de récidive ; dans 20, 17 0/0 des cas opérés avec succès, il n'y avait pas encore eu de récidive au bout de deux années d'observation.

M. Gussenbauer ne croit pas qu'il existe aujourd'hui un chirurgien au courant de la science, qui néglige la toilette du creux axillaire à la suite de l'extirpation d'une tumeur maligne du sein, et il s'étonne que M. Küster ait cru devoir insister sur cette recommandation devenue banale. Lui-même a l'habitude de procéder, en pareils cas, à l'extirpation des ganglions sus-claviculaires, qui sont souvent envahis par l'infection cancéreuse. Cette mesure radicale n'a plus sa raison d'être, bien entendu, dans les cas où les malades sont déjà sous le coup de la cachexie cancéreuse et qu'il n'y a plus de chance de guérison.

M. Von Langenbeck est d'avis que l'extirpation des ganglions sus-claviculaires est superflue, parce que l'infection, une fois qu'elle a atteint ces derniers, a déjà gagné d'autres ganglions inaccessibles. Pour ce qui est de la toilette du creux axillaire, il la considère comme moins difficile que le pense Küster, et aussi moins dangereuse quand on s'assujettit aux prescriptions d'une antisepsie parfaite.

M. Von Langenbeck a donné lecture d'une lettre de M. Nussbaum, dans laquelle ce chirurgien, parlant de l'amputation du sein, préconise l'emploi du thermo-cautère, qui permet d'opérer à blanc et d'obtenir une cicatrisation sans fièvre. M. Von Langenbeck estime qu'avec le thermocautère on n'obtient pas une extirpation aussi nette, et que les eschares formés exposent le malade à la suppuration et à l'infection septique. Par contre, il voit dans l'agent thermique un excellent palliatif pour les cas de tumeurs inopérables du sein ; l'emploi du thermocautère constitue alors un moyen héroïque de calmer les douleurs.

— Küster.—*Du pansement à l'iodoforme, principalement dans les cas de lésions du péritoine.*—L'emploi de l'iodoforme dans les cas d'ovariotomie et d'autres opérations pratiquées dans la cavité abdominale a donné des résultats exceptionnellement bons, mais expose à des dangers sérieux d'intoxication. Pour parer à ces dangers, M. Küster recommande de se servir pour la toilette du péritoine d'une éponge imprégnée d'iodoforme et secouée de façon à ce qu'il ne reste pas une couche trop épaisse de ce corps à la surface de l'éponge. En procédant de la sorte, on recouvre le péritoine d'une couche d'iodoforme suffisante pour assurer l'antisepsie, mais pas assez épaisse pour avoir à craindre des effets fâcheux de l'absorption de cette substance. Un tampon d'iodoforme est introduit dans le vagin.

(A suivre).

E. Ricklin.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

Un côté de la question du lait. — L'administration, émue des réclamations énergiques et répétées des hommes compétents, vient, sous la direction du professeur Parrot, d'organiser une nourricerie annexée à l'hospice des Enfants-Trouvés. Il est donc possible de poursuivre désormais les expériences que réclamait avec tant d'insistance le regretté docteur Coudereau.

Quand l'estomac est hors d'état de remplir ses fonctions, c'est en vain qu'on lui donne les meilleurs aliments, si en même temps on ne le lui procure pas le moyen de les digérer et de les assimiler.

La démonstration en a été faite à ce même hospice sur une série de douze enfants pris au hasard parmi les nouveaux entrés, par le docteur Tarnier, alors interne. On les soumit au même régime que les autres ; seulement on ajouta aux aliments du lacto-phosphate de chaux. Sur les douze enfants, tous profondément inanitiés, dix sortirent vivants de l'hospice pour être dirigés sur la province, ce qui renversait presque exactement les proportions de la mortalité à cette époque.

Un tel résultat ne doit pas étonner, car l'acide lactique contenu dans la préparation assure la digestion, tandis que le phosphate de chaux pénétrant dans les organes avec les albuminoïdes les fixe à l'état de tissus. C'est ainsi que M. Dusart explique l'action digestive et reconstituante du lacto-phosphate de chaux dans le mémoire publié en 1869-70 dans les Archives générales de médecine.

On comprend tous les services qu'une telle action rend aux enfants, aussi bien pendant la période d'allaitement que pendant le long et souvent dangereux travail de dentition. Il n'est pas néces-

saire, du reste, de donner le médicament directement à l'enfant : dans bon nombre de cas, il suffit de l'administrer à la nourrice.

C'est ce que j'ai fait dans des cas très nombreux, parmi lesquels je citerai le suivant :

Une jeune mère très fatiguée, mangeant mal, dormant peu et se plaignant de douleurs épigastriques et dorsales, ne donait qu'un lait clair et bleuâtre à son enfant, âgé de trois mois. Celui-ci, toujours affamé, pleurait, ne dormait pas, et souffrait d'une lientérie qui avait déterminé aux fesses, aux cuisses et jusque sous le ventre un vaste érythème.

Il suffit de donner à la mère trois cuillerées à bouche, chaque jour, de sirop de lacto-phosphate de chaux, pour lui rendre l'appétit, rétablir la richesse du lait et, par contre-coup, guérir l'enfant.

Il est bien rare que je n'aie pas eu à constater ces résultats à la suite de l'administration de cette préparation. Je n'ai pas été moins heureux lorsque j'ai donné le sirop ou le vin de Dusart aux femmes enceintes, spécialement à celles qui se font remarquer par la mollesse des chairs et la tendance au lymphatisme. Dans ces cas, non seulement je relève les forces générales, mais le plus souvent l'enfant qui naît après un pareil traitement se fait remarquer par sa vigueur.

Ce résultat, facile à prévoir pour ceux qui connaissent l'action physiologique du lacto-phosphate de chaux, est surtout évident lorsque plusieurs grossesses se suivent et que le médicament n'est administré que pendant une ou deux, à l'exclusion des autres.

Je connais plusieurs familles dans lesquelles il est facile de reconnaître au premier aspect les enfants dont la naissance a été précédée par l'administration du lacto-phosphate de chaux.

En résumé, si l'on veut que le lait de femme, surtout dans les grandes villes, soit toujours suffisamment riche, il faut donner à la femme pendant la grossesse, et à la nourrice pendant tout l'allaitement, le phosphate de chaux, spécialement sous la forme physiologique adoptée par M. Dusart, sirop ou vin. Si l'on recourt à l'allaitement artificiel, il faut donner directement cette préparation à l'enfant, ou ne lui donner que le lait d'animaux nourris avec des substances riches en phosphate de chaux, herbe jeune, avoine, etc.

Dr DELATTRE. (GAZETTE DES HÔPITAUX.)

FORMULAIRE

SOLUTION POUR APPLICATIONS TOPIQUES DANS LES CAS D'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE.

Rec. Acide phénique	aa 1 gramme.
Alcoolat rectifié	
Essence de térébenthine	2 —
Teinture d'iode	1 —
Glycérine	5 —

M. s. a. — Badigeonner toutes les deux heures les parties envahies par l'érysipèle, et appliquer ensuite une mince couche de ouate.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

DIE NATUR UND BEHANDLUNG DER GICHT (Nature et traitement de la goutte), par le docteur EBSTEIN, professeur à l'université de Gœttingen. — J.-F. Bergmann, Wiesbaden, 1882.

L'ouvrage d'Ebstein, basé sur de nombreuses recherches anatomiques, expérimentales et cliniques, embrasse toute la pathologie de la goutte. Il est divisé en cinq chapitres.

Le premier chapitre est un simple aperçu historique. L'auteur rappelle d'abord les connaissances étiologiques et symptomatologiques des anciens, depuis Hippocrate jusqu'à Celse, Arétée et Galien, s'arrête aux théories humorales, rend un juste hommage à Garrod, et, après avoir cité les idées modernes, en proclame le néant et déclare qu'il édifiera une interprétation de la goutte fondée non sur l'hypothèse, mais sur l'étude anatomique et l'expérimentation.

Le deuxième chapitre est consacré à l'anatomie pathologique de la goutte. Les altérations des reins, des cartilages articulaires, des fibro-cartilages, des tendons, du tissu conjonctif, y sont successivement passées en revue, et les recherches de Todd, Garrod, Virchow, Charcot, Cornil et Ranvier, Dickinson, Bramson, Rindfleisch, successivement énumérées.

De ses propres recherches, Ebstein conclut que la formation des cristaux d'urate de soude dans les différents organes n'est point la seule lésion caractéristique de la goutte : il en est une autre qui toujours l'accompagne et toujours la précède, c'est la nécrose des tissus. Les urates ne cristallisent pas, en effet, chez les goutteux, au milieu des tissus sains, mais seulement au milieu de ceux qui sont privés de vie. La *lésion primitive*, c'est donc la *nécrose* ; la *cristallisation* des urates n'est que *secondaire*. La *période de nécrose* est précédée d'une *phase* dite *nécrosante*, pendant laquelle les parties malades ne renferment pas de cristaux, car ceux-ci ne se développent que quand la mortification est achevée. Quant au *processus nécrotique* lui-même, il est sous la *dépendance* de l'*urate neutre de soude dissous*, qui frappe de mort les éléments qu'il touche. Ainsi, en résumé, les foyers goutteux sont essentiellement formés par des cristaux d'urate acide de soude déposés dans des parties antérieurement mortifiées par l'urate neutre dissous. — Ordinairement à ces lésions typiques s'ajoute une inflammation plus ou moins étendue et généralement précoce des tissus à la périphérie des foyers goutteux ; enfin aux urates cristallisés peuvent s'ajouter des sels calcaires.

Au commencement du troisième chapitre, Ebstein traite en quelques lignes de la goutte chez les animaux, puis après avoir relaté les expériences de Galvani et de Zalesky, il s'étend sur les recherches qu'il a entreprises dans le but de produire des dépôts uratiques chez des coqs. De celles-ci, il résulte que, soit par la ligature des uretères, soit par l'injection sous-cutanée de faibles doses de chromate neutre de potasse, on peut produire chez les animaux des lésions comparables à celles que la goutte détermine chez l'homme : 1o Dans différents organes des foyers de nécrose, précédés d'une phase nécrosante ; 2o dépôts d'urates cristallisés dans les foyers nécrosés ; 3o Infiltration embryonnaire au pourtour de ces foyers. — Les différents organes offrent du reste une résistance variable à l'action des urates. C'est ainsi qu'après la ligature des uretères l'on ne découvre aucun foyer goutteux dans les reins, tandis qu'on en trouve dans le foie et dans le cœur.

Les propositions précédentes trouvent un complément dans le chapitre quatrième. L'auteur y montre que les injections de solutions d'acide urique et d'urate de soude dans la cornée du lapin sont constamment suivies d'infiltrats, et compare justement ces troubles de nutrition de la cornée à ceux que l'acide urique et ses combinaisons vont déterminer dans les différents organes, quand on en empêche l'élimination, soit par la ligature des uretères, soit par l'injection sous-cutanée de chromate.—La xanthine, la guanine, la créatine, la créatinine et l'acide hippurique ne donnent au contraire dans les mêmes conditions que des résultats négatifs.

Le cinquième chapitre comprend l'étude des signes, des formes, du diagnostic, du pronostic et du traitement de la goutte, ainsi que l'étude de ses rapports avec la pierre, le rhumatisme, les affections articulaires, le diabète et le saturnisme. La goutte offre deux formes essentiellement distinctes : elle est primitivement articulaire, ou primitivement rénale. La goutte articulaire primitive est fréquente et bénigne; la goutte rénale primitive est rare et grave. Dans la première, les reins demeurent longtemps ou toujours inaltérés; dans la deuxième, les articulations sont atteintes secondairement et dans une faible mesure. Dans le courant du chapitre, Ebstein revient sur la cristallisation des urates dans les tissus mortifiés; les urates, dit-il, circulent dans les humeurs, sous forme de combinaisons neutres; ils cristallisent dans les foyers nécrosés, sous forme de combinaisons acides; l'acide libre qui préside à cette transformation dans la réaction des urates provient évidemment des parties nécrosées, il est un effet de la nécrose.

Cette courte analyse, que nous avons extraite d'une traduction de l'ouvrage par notre meilleur ami Gilbert, est insuffisante à faire apprécier les qualités de l'œuvre et le talent de l'auteur; il faut lire Ebstein pour être pénétré du sérieux de ses recherches, de l'originalité de ses vues, de la logique de ses conclusions sur la physiologie et l'anatomie pathologique de la goutte. L'ouvrage, du reste, contient de superbes planches qui facilitent l'intelligence du texte.

Dr DÉRIGNAC.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le Dr Martin-Damourette, qu'une longue maladie retenait depuis plusieurs années éloigné de ses occupations. Cette perte sera vivement ressentie par tous les confrères qui ont eu l'avantage de l'avoir pour maître en thérapeutique. Il est peu de professeurs, officiels ou libres, qui aient eu dans leur enseignement le légitime succès de Martin-Damourette. De nombreuses générations d'élèves se sont succédé à ses cours, et beaucoup de médecins lui doivent, non-seulement les notions théoriques qui leurs étaient nécessaires pour leurs examens de doctorat, mais les connaissances plus profondes qui les dirigent encore dans les difficultés de la pratique. Tous certainement conservaient à leur ancien maître des sentiments de reconnaissance et d'affection; tous aussi partageront nos regrets.

***

La Société de médecine d'Anvers met au concours, pour 1883, les diverses questions suivantes :

1o Exposer les recherches modernes sur la pathogénie de la tuberculose;

2o Etudier comparativement les différents modes du traitement du diabète;

3o Etudier l'influence des maladies du cœur sur les femmes enceintes et réciproquement l'influence de la gravidité sur les maladies du cœur;

4o Faire connaître l'état actuel de la science sur le rôle que jouent dans la pathologie, tant interne qu'externe, les germes, vibrions, microspores, parasites en général, en s'appuyant sur les démonstrations et les expériences.

La date de la clôture du concours est fixée au 30 novembre 1883. Les prix consistent en une médaille d'or ou de vermeil, ou mention honorable, selon la valeur du mémoire. Outre ces prix, les auteurs des mémoires couronnés seront nommés correspondants de la Société et recevront gratuitement 50 exemplaires de leurs travaux.

Les mémoires devront être envoyés, sous les formes académiques ordinaires, au secrétaire de la Société, docteur W. Schleicher, 41, rue Ommeganck.

***

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Le docteur Jules Simon recommencera ses leçons de thérapeutique infantile le mercredi 2 mai, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Il s'occupera de l'emploi des eaux minérales françaises chez les enfants.

***

HÔPITAL DU MIDI. — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes le samedi 5 mai 1883, à neuf heures et demi du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

***

HOPITAL DE LOURCINE. — *Cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie.* — M. le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours le mercredi 9 mai, à neuf heures du matin et le continuera tous les mercredis à la même heure.

Nota. — Pour assister à ce cours, messieurs les étudiants en médecine recevront une carte qui leur sera délivrée par M. le directeur de l'hôpital.

***

MÉDECINS TRAITANTS DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES. — Aux termes du décret du 27 avril 1878, qui a remis en vigueur les dispositions de l'article 18 du décret du 23 mars 1852, l'aptitude des médecins-majors de première et de deuxième classe aux fonctions de médecin traitant dans les hôpitaux militaires est constatée par des épreuves spéciales.

Cette disposition n'est plus en rapport avec la nouvelle organisation du service de santé en campagne qui exigera, pour la constitution du service des ambulances et hôpitaux, le prélèvement d'un certain nombre de médecins pris parmi ceux affectés, en temps de paix, aux corps de troupe.

D'autre part, en vertu des prescriptions de la loi du 7 juillet 1877, les médecins des régiments sont actuellement chargés du traitement des malades de leur corps dans les hospices militaires, en sorte qu'à l'intérieur, comme aux armées, la responsabilité et les fonctions de ces médecins se trouvent considérablement accrues et deviennent identiques à celles des médecins du service hospitalier.

Dans ces conditions, il a paru peu logique de maintenir la formalité d'un concours pour l'admission, dans les hôpitaux militaires, des médecins-majors des deux classes, et le ministre de la guerre a pensé qu'il y aurait tout avantage à lui substituer un examen d'aptitude, obligatoire pour tous les médecins-majors de deuxième classe. Le programme et les conditions de cet examen seront ultérieurement déterminés par un arrêté ministériel.

En conséquence, par décret, en date du 21 avril 1883, le décret sus-visé du 27 avril 1878, qui rétablit le concours pour l'admission des médecins-majors des corps de troupe dans les hôpitaux militaires, est rapporté et cessera d'avoir effet.

***

M. le docteur Gillet de Grandmont, commencera son cours d'ophthalmologie à l'Ecole Pratique (amphithéâtre n° 3) le vendredi 18 courant à 8 heures du soir, et le continuera les lundi et vendredi suivants à la même heure.

Objet du cours. — De l'ophthalmologie au point de vue de la pratique journalière.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1882-83

136. M. Veil. Quelques considérations sur la pneumonie typhoïde et sur la pneumonie qui peut précéder la fièvre typhoïde et souvent à son début. — 137. M. Laurent. Du daltonisme; son étiologie, sa fréquence et ses dangers. — 138. M. Bornèque. Contribution à l'étude de l'aortite aiguë. — 139. M. Bourcy. Des déterminations articulaires des maladies infectieuses.—140. M. Diaz. Considérations sur certaines plaies de la région antérieure du cou chez les suicidés. — 141. M. Cliniat. De la révulsion dans les affections cardiaques. — 142. M. Bouchet. De l'exercice musculaire insuffisant. Son influence sur le développement d'un certain nombre de maladies. — 143. M. Reperé. Des manifestations hystériques simulant le rhumatisme cérébral. — 144. M. Mormiche. Contribution à l'étude de l'adénome palatin.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 20 AVRIL AU JEUDI 26 AVRIL 1883.

Fièvre typhoïde 37. — Variole 12. — Rougeole 40. — Scarlatine 2. — Coqueluche 16. — Dipthérie, croup 44. — Dysenterie 2. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 60. — Phthisie pulmonaire 267.— Autres tuberculoses 18. —Autres affections générales 75. — Malformation et débilité des âges extrêmes 58. — Bronchite aiguë 32. — Pneumonie 138. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au hiberon 45, — au sein et mixte 24. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 125. — de l'appareil circulatoire 90. — de l'appareil respiratoire 104. — de l'appareil digestif 51 — de l'appareil génito-urinaire 29. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 29. — Causes non classées 8. — Total de la semaine: 1330 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE, par Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Troisième volume, premier fascicule: « Traitement des maladies du système nerveux». — 1 vol. gr. in-8 de 320 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 6 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

LES VÉNÉRIENS DES CHAMPS ET LA PROSTITUTION A LA CAMPAGNE, par le docteur Lardier (de Rambervillers). — In-18 — Prix : 1 fr. 50. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

TRAITÉ DES MALADIES PALUDÉENNES A LA GUYANE, par le docteur E. Maurel, médecin de 1re classe de la marine.— Un volume in-8 de 240 pages. — Prix : 6 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

DE LA DILATATION NATURELLE ET ARTIFICIELLE DU COL VERS LA FIN DE LA GROSSESSE, par le docteur Stéphane François. — In-8 de 107 pages avec figures. — Prix : 3 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE DES ENFANTS, par le docteur Vovard (de Bordeaux). — In-8 de 54 pages. — — Prix : 2 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris

54e année. 6e série. Tome V. N° 19 12 MAI 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : **Librairie Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : **Place Saint-Michel, 4.**

Paris, le 10 mai 1883.

ANESTHÉSIE PAR LE PROTOXYDE D'AZOTE A LA PRESSION NORMALE. — LA THÉORIE MICROBIENNE ET LES MICROZYMAS. — LES VERTIGES AVEC DÉLIRE.

Les lecteurs de la GAZETTE connaissent les recherches de M. P. Bert concernant l'anesthésie par un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression et les applications qui en ont été faites à la chirurgie, notamment par MM. Labbé et Péan. Cette méthode d'anesthésie offre sur toutes les autres de sérieux avantages : rapidité de l'insensibilité, absence d'excitation, retour presque instantané à la sensibilité et au bien-être, immunité de l'agent anesthésique due à sa prompte élimination, etc.; mais elle a le grave inconvénient d'exiger l'installation d'appareils qui ne peuvent trouver place que dans de grands hôpitaux. Et de fait il n'en existe qu'à Paris (hôpital Saint-Louis), à Genève, Bruxelles et dans quelques villes d'Allemagne.

Pour que l'usage du protoxyde d'azote comme anesthésique dans les grandes opérations se généralise, il faut donc qu'on puisse l'administrer à la pression ordinaire : c'est ce dont M. Paul Bert s'est préoccupé et ce qu'il vient de trouver, si du moins on en juge par les résultats qu'il a obtenus chez le chien.

On sait que le protoxyde d'azote donné pur amène promptement l'asphyxie. Si l'on supprime l'inhalation du gaz, les symptômes d'asphyxie disparaissent et la sensibilité revient. On a essayé, en Amérique, de pratiquer de grandes opérations en administrant ainsi d'une manière intermittente le protoxyde d'azote : à en juger par ce qu'il a observé chez les animaux, M. Paul Bert déclare que ces alternatives d'asphyxie imminente et de retour à la sensibilité, retour qui se traduit par l'expression de vives souffrances, offrent un spectacle déplorable. Dans ces conditions, d'ailleurs, la méthode ne laisse pas d'être dangereuse.

Ces dangers sont à peu près conjurés lorsque, en suspendant l'inhalation du protoxyde d'azote, on fait respirer à l'animal, non de l'air, mais de l'oxygène. Seulement M. Bert a observé que la rapide élimination, en présence de l'oxygène pur, du protoxyde d'azote dissous dans le sang, amène encore trop vite la sensibilité de retour.

Le savant physiologiste a eu alors l'idée de substituer à l'oxygène pur un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène dans les proportions où se trouvent l'azote et l'oxygène de l'air.

« En anesthésiant d'abord l'animal par le protoxyde d'azote pur, dit-il, puis en lui faisant respirer le mélange susdit, je devais obtenir une prolongation de l'insensibilité pendant plusieurs minutes, temps plus que suffisant pour que le sang reprenne l'oxygène qui lui est nécessaire. Car la forte proportion de protoxyde d'azote contenu dans le mélange s'oppose

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-HISTORIQUE.

Suite — Voir les numéros 8, 10, 15 et 16.

X. — En 1866, M. Guardia écrivait ici même (1) : « Bordeu attend encore un biographe et il faut espérer qu'il en aura un lorsque sa mémoire sera consacrée par les honneurs publics qu'il est d'usage de rendre aux hommes illustres. Où est la statue de Bordeu ? »

Seize ans se sont écoulés sans que personne ait répondu à cet appel. Et Bordeu « peut-être le génie le plus original de la médecine moderne », Bordeu, qui, durant sa vie, avait eu à subir les ignominieuses attaques de Bouvard, cette langue de vipère, et de ses acolytes, Bordeu est resté en butte non plus à des haines actives de la part de ses confrères, mais à une sorte d'indifférence.

Et c'est un homme complètement étranger à la médecine, un homme de lettres, un érudit, M. Lefeuve (mort depuis quelques mois), qui a voulu donner satisfaction au désir de M. Guardia. Ne pouvant arriver à lui faire dresser une statue, il a du moins présenté au public une nouvelle édition des *Recherches historiques sur la médecine* (1). Cette réimpression est ornée du portrait de Bordeu d'après la miniature de Latour et est précédée d'une étude biographique due à la plume enthousiaste de son éditeur.

Nous serions bien mal venu à reprocher à M. Lefeuve d'avoir changé le titre de l'ouvrage de Bordeu qui n'est pas une histoire de la médecine, mais simplement une réponse au Parlement de Paris sur la question de l'inoculation. Théophile de Bordeu appuya sa réponse de raisons puisées dans l'histoire des doctrines

(1) GAZETTE MÉDICALE du 3 mars.

(1) Théophile de Bordeu : *Recherches sur l'histoire de la Médecine*, nouvelle édition revue et corrigée, enrichie d'une notice littéraire sur Bordeu par l'historiographe Lefeuve. In-8o de 347 p. — Paris, A. Ghio, 1882.

rait à la sortie rapide du même gaz contenu dans le sang, et ses effets anesthésiques se continueraient par conséquent.

« Il en résulte qu'en redonnant ensuite le protoxyde d'azote pur, je n'aurais pas besoin de pousser jusqu'à l'asphyxie menaçante, parce que je n'aurais, si je puis ainsi dire, qu'un petit vide à combler, et que les premières inspirations du gaz pur le ramèneraient dans le sang à la proportion voulue. Il n'y aurait donc plus à craindre ni l'asphyxie ni le retour à la sensibilité, et le problème serait ainsi résolu. »

L'expérience a confirmé la justesse de ces inductions, et M. Paul Bert a pu, au moyen du procédé qui vient d'être décrit, maintenir un chien insensible pendant une demi-heure. Toutefois, avant que sa méthode ne soit portée de l'amphithéâtre de physiologie à la salle d'opérations d'un hôpital, il désire étudier et pouvoir déterminer d'une manière plus complète les proportions les plus favorables dans lesquelles on devra mélanger le protoxyde d'azote et l'oxygène.

L'appareil instrumental du nouveau procédé est des plus simples : il suffit du masque habituel et de deux sacs de caoutchouc. Rien donc ne s'opposera à ce que la méthode se vulgarise, si l'expérience chez l'homme confirme définitivement les avantages qu'elle semble présenter.

— M. Béchamp est venu de Lille pour rappeler à l'Académie de médecine, en présence, ou plutôt à l'encontre de la théorie microbienne de M. Pasteur, la doctrine qu'il défend depuis 1868, et qui attribue les maladies infectieuses à une évolution morbide des microzymas normaux de l'organisme. Les microbes que M. Pasteur fait toujours venir du dehors, qui, d'après lui, constituent des espèces animales ou végétales et qui, à ce titre, remonteraient de génération en génération jusqu'à l'origine du monde, ces microbes, disons-nous, trouveraient leur genèse dans l'économie vivante : ce seraient les microzymas, dont on peut observer, suivant les conditions, l'évolution en bactéries, bactéridies, etc.

Quelque nom que l'on donne aux éléments de l'organisme vivant dont les microbes trouvés dans des produits pathologiques semblent pouvoir dériver, on ne saurait, dans l'état actuel de la science, ne pas tenir grand compte de cette possibilité d'origine des microbes. Les réserves qui s'imposent ainsi à l'endroit de la théorie parasitaire s'accroissent encore des incertitudes, parfois des contradictions dont les partisans de cette théorie nous offrent de fréquents exemples. Ainsi, après M. Koch, M. Cornil a décrit le bacille de la tuberculose ; or, d'après M. Klebs, il ne serait pas démontré que ce bacille soit un être organisé. En tout cas il ne serait pas l'agent de transmission de la tuberculose ; cet agent résiderait dans des micrococcus qui ont échappé à M. Koch. La technique microscopique paraît jouer un rôle capital dans la découverte et la détermination de ces micro-organismes ; mais si chaque procédé d'examen ou d'analyse donne lieu à des résultats différents, que conclure de ces résultats ?

— En attendant, comme l'a annoncé M. le président, que la discussion s'ouvre à l'Académie de médecine sur les dispositions législatives relatives aux aliénés, M. Mesnet, dans un rapport magistral sur le prix Falret, a fait, de la question des aliénés dangereux, une étude médico-psychologique du plus haut intérêt et justement applaudie. Le sujet proposé par l'Académie était relatif aux *vertiges avec délire*. L'auteur du seul mémoire qui ait été envoyé a envisagé surtout le vertige épileptique, suivi fréquemment, comme on le sait, d'actes impulsifs dont le vertigineux est irresponsable. A côté de l'épileptique avéré se place, sous ce rapport, le simple cérébral sur lequel Lasègue, et récemment M. Motet, ont appelé l'attention des observateurs. Il y a, dans ces différents cas, des questions de diagnostic, et partant de responsabilité, parfois bien délicates, bien difficiles à résoudre, et qui sont de la compétence exclusive du médecin. M. Mesnet, en terminant son rapport, insiste sur ce point. « Il ne faut donc point, dit-il avec raison, entraver par de stériles débats l'action protectrice du médecin, et l'œuvre magistrale de Pinel, élevant l'aliéné à la *dignité de malade*, doit rester dans l'avenir une des conquêtes humanitaires les plus belles et les plus glorieuses de notre siècle. »

Dr F. de Ranse.

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES

Tumeurs ovariques et ovariotomie. — Leçon de M. T. Gallard à l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillie par M. le docteur André Petit, ancien interne des hôpitaux, et revue par le professeur.

Messieurs,

Je veux aujourd'hui vous entretenir d'une malade que vous

médicales et fit, en somme, une œuvre de circonstance, mais une belle œuvre.

Cette édition insuffisante, quoique nous en soyons bien reconnaissants à M. Lefeuve, nous fait donc désirer, plus vivement que jamais, une édition nouvelle des œuvres de Bordeu, une édition digne de ce rénovateur de la médecine, de ce précurseur de Bichat ; édition qui fasse oublier la publication incomplète de Richerand parue en 1818.

XI. — Voici un tableau très vivant de ce qu'était la profession médicale il y a cent ans (1).

Que de chemin parcouru ! Combien de changements dans nos institutions, aussi bien dans nos institutions politiques que dans celles qui ne sont relatives qu'à l'exercice de notre art.

Mais cependant tout n'a pas varié ; et en nous mettant en présence d'un milieu complètement différent, M. Tony Sancerotte nous prouve qu'il y a des choses éternelles : les haines de confrères, cette *invidia medicorum*, qu'on dit être la pire des jalousies, des compétitions de places, des vanités satisfaites ou trompées, des glorioles improvisées et s'évanouissant bientôt après sans qu'il en reste la moindre trace. Décidément, si la scène change, si les acteurs se renouvellent, la comédie reste à peu près la même. Nous ne sommes pas inférieurs à nos devanciers.

En dehors de l'érudition que dénote à chaque page cette brillante éclaircie sur le passé, nous sommes heureux de constater un style vif et limpide et aussi un talent qui touche à l'art. M. Tony Saucerotte peut aspirer à devenir un bon peintre d'histoire, peintre à la plume s'entend, et nous l'accompagnons de nos meilleurs souhaits dans l'accomplissement de cette œuvre pour laquelle il recueille des documents ; je fais allusion à une histoire des médecins qui, durant la Terreur, ont payé à la Révolution un sanglant tribut, le tribut de leur vie.

XII. — La France manquait d'un Résumé historique retraçant brièvement les diverses phases de l'évolution des sciences médicales dans les siècles passés. M. le docteur J. Bouillet a essayé de

(1) *La Profession médicale*, il y a cent ans. Paris, G. Masson, 1882. In-8° de 55 pages.

avez pu voir, à la fin de l'année dernière, couchée au nº 9 de notre salle Sainte-Marie.

Cette femme, âgée de cinquante-six ans, originaire de Paris, exerçant la profession de polisseuse, était entrée dans notre service le 26 octobre 1882. Elle nous apprit que sa mère avait succombé aux suites d'une hémorrhagie cérébrale et que ses deux sœurs, actuellement vivantes, sont d'une assez mauvaise santé habituelle.

Elle-même ne présente aucun antécédent pathologique méritant d'attirer notre attention; réglée à dix-neuf ans, elle se livra aux premiers rapports sexuels à l'âge de vingt-deux ans et devint enceinte, peu de temps après, à l'âge de vingt-quatre ans. Jusqu'à ce moment, la menstruation s'était montrée régulière et normale.

Elle eut successivement cinq grossesses qui évoluèrent sans accidents et se terminèrent par des accouchements à terme; ceux-ci nécessitèrent plusieurs fois une intervention obstétricale, version ou forceps, et toujours, lorsqu'on dut recourir à ces opérations, il s'agissait d'un enfant du sexe masculin. Après chacun de ses accouchements, elle ne garda le repos au lit que pendant les neufs jours traditionnels, et néanmoins le retour de couches eut lieu régulièrement au bout de six semaines.

Depuis l'âge de vingt-huit ans, époque de son cinquième accouchement, elle n'eut jamais aucun symptôme de grossesse nouvelle; elle présenta, vers l'âge de trente-six ans, quelques métrorrhagies, sans cause appréciable, mais sa santé se rétablit presque aussitôt, et la ménopause eut lieu, sans accidents, après quelques époques de règles un peu irrégulières, à l'âge de quarante-deux ans.

A partir de ce moment, jusqu'à l'âge de cinquante-cinq ans, sa santé fut parfaite, et elle ne commença à s'inquiéter du développement possible de quelque affection interne qu'au mois de février 1882, époque à laquelle elle s'aperçut que son ventre augmentait de volume; cette tuméfaction de l'abdomen s'accentua progressivement, mais sans s'accompagner d'aucune sensation douloureuse, jusqu'en juin dernier, et la malade fut effrayée à ce moment par une saillie notable de l'ombilic formant une petite tumeur circonscrite. C'est là, vous le savez, messieurs, un symptôme assez commun de l'épanchement ascitique, mais il faut reconnaître qu'on l'a observé aussi quoique plus exceptionnellement chez les femmes atteintes de kyste ovarique volumineux.

Cette femme obtint alors son admission à l'hôpital Saint-Louis où on lui pratiqua, peu de jours après, la ponction de l'abdomen; on retira deux litres et demi environ d'un liquide citrin; nous n'avons pu savoir si c'est volontairement que l'on a cessé d'évacuer l'épanchement après l'issue de cette quantité relativement minime de liquide, on s'il a été impossible d'en obtenir davantage. Quoiqu'il en soit, la paracentèse fut suivie, à bref délai, de l'application de deux vésicatoires au niveau de la région hypogastrique.

Après avoir quitté l'hôpital Saint-Louis, la malade reprit son travail jusqu'au mois d'octobre, mais la gêne croissante occasionnée par le développement de son ventre, et accompagnée de malaise et de dyspnée, l'obligea dès lors à interrompre de nouveau ses occupations; c'est à ce moment qu'elle vint nous consulter à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée dans notre service, l'examen attentif des principaux organes ne nous a révélé aucune lésion de quelque importance: les poumons, le cœur, les voies digestives, étaient dans un état normal; le foie, en particulier, paraissait sain; l'urine ne renfermait pas d'albumine. Le ventre, globuleux, mais non uniformément arrondi, formait une saillie volumineuse et s'appuyait sur la partie supérieure des cuisses; les plis inguinaux, profondément situés, étaient le siège d'un érythème intertrigo assez prononcé; la peau de l'abdomen était d'ailleurs œdémateuse, surtout dans la région sous-ombilicale. Les membres inférieurs œdématiés étaient sillonnés de varices volumineuses. Le ventre, dans son ensemble, ne présentait pas cette forme élargie, cette saillie des flancs, qui se rencontrent ordinairement dans l'ascite; il semblait projeté en avant et paraissait plus volumineux à gauche que du côté opposé. On constatait une dilatation manifeste du réseau veineux des parois de l'abdomen.

Par la palpation, on percevait une sensation de fluctuation non douteuse, et la percussion révélait une matité sur la forme et l'étendue de laquelle il est utile de nous arrêter un instant. Dans le décubitus dorsal, la courbe séparant les régions mates des régions sonores n'offrait nullement, comme dans l'acite, une concavité supérieure, mais, au contraire, présentait une convexité, nettement accentuée, dirigée vers l'épigastre, et dont le point culminant se trouvait situé à dix centimètres au-dessus

---

combler cette lacune, et M. le professeur Laboulbène, par une courte introduction, s'est fait le parrain de cette publication (1).

M. Bouillet, qui date sa préface de Béziers, porte un nom déjà doublement illustré au siècle dernier par deux médecins de cette ville (Jean Bouillet et son fils Nicolas, praticiens de valeur et un peu astronomes). Peut-être le nouvel historien de la médecine est-il de cette même lignée? Quoiqu'il en soit, il a fait un bon manuel, armé à la légère et d'un abord facile. Ce livre rendra bien des services aux débutants qui voudront s'initier, dès leurs premiers pas dans les études médicales, à l'histoire des vicissitudes scientifiques et doctrinales de notre art.

Dans son zèle d'historien, M. Bouillet ne s'est peut-être pas arrêté à temps. Il s'est aventuré jusque parmi nos contemporains. Et alors, sur ce terrain mouvant et brûlant, il a été forcément obligé, de par ses goûts, ses inclinations, ses relations personnelles, à se porter de préférence vers certaines figures, en négligeant quelques-unes qui mériteraient cependant autant de faveur que leurs compétiteurs privilégiés. Pourquoi ce chirurgien est-il nommé avec éloges, tandis que celui-là est oublié? Et pourquoi nous parler de cet oculiste, puisque ses rivaux sont passés sous silence?

De même, pour les indications bibliographiques, telles collections sont citées beaucoup plus souvent que telles autres non moins importantes.

Enfin, ce livre gagnerait à posséder une table alphabétique des noms propres, qui faciliterait beaucoup les recherches. C'est un avis qu'on fera bien de suivre dans une prochaine édition qui ne saurait manquer à un ouvrage venant si bien à son heure.

(A suivre).

Dr ALBERTUS.

(1) *Précis d'histoire de la médecine*, par J. Bouillet, in-8 de XXI-366 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1883.

de l'ombilic; celui-ci, du reste, ne formait presque aucune saillie. On retrouvait la sonorité intestinale au niveau des parties déclives, principalement dans le flanc droit, tandis que du côté gauche existait une submatité assez nette. Les changements de position de la malade ne modifiaient pas sensiblement la distribution des zones mates ou sonores; ainsi, lorsqu'on la plaçait dans le décubitus latéral droit, la submatité persistait dans le flanc gauche, bien qu'il fût alors plus élevé, et la sonorité n'était pas diminuée dans le flanc droit d'une façon bien appréciable.

Au niveau de la région ovarienne gauche, une palpation méthodique et profonde, rendue d'ailleurs assez difficile par la distension considérable de l'abdomen, fournissait une sensation de résistance plus marquée qu'en aucun autre point, et tout analogue à celle que peut produire, dans de semblables conditions, une tumeur solide assez profondément située.

Par le toucher vaginal, on trouvait, non sans quelques difficultés, le col petit, porté en avant, aplati derrière le pubis, dans la situation, en un mot, que lui imprime toute tumeur située en arrière de l'utérus; et, de fait, on constatait dans le cul-de-sac postérieur une tuméfaction molle, fluctuante, formant une saillie notable dans la partie supérieure du vagin. Cette première exploration ne révéla rien d'anormal dans les culs-de-sac latéraux. La malade était d'ailleurs absolument apyrétique.

Il s'agissait dès lors d'évacuer le liquide dont l'existence n'était plus douteuse, afin de procurer quelque soulagement à la malade et en même temps de rendre plus faciles la palpation abdominale et l'examen complet de la région. La ponction fut pratiquée le 29 octobre, et donna issue à treize litres d'un liquide non visqueux, brunâtre, coloré par du sang et renfermant une forte proportion d'albumine, ainsi qu'on put s'en assurer immédiatement au moyen de l'acide nitrique. L'épanchement fut complètement évacué, autant du moins que cela fut possible, mais il se reproduisit très rapidement, et, dès le lendemain de l'opération, le 30 octobre, il en existait déjà une quantité assez considérable pour gêner l'exploration de l'abdomen.

En dix-huit jours, la distension du ventre était redevenue telle qu'on l'avait constatée au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital; une nouvelle ponction fut jugée nécessaire et pratiquée le 17 novembre. On ne retira que 3,800 centimètres cubes d'un liquide plus rouge que le premier, légèrement huileux, mais ne présentant toujours aucune viscosité; cette fois, l'analyse chimique en fut faite avec le plus grand soin.

Depuis quelque temps, messieurs, cette analyse des divers liquides extraits par la paracentèse abdominale a été regardée comme pouvant fournir de précieux renseignements pour le diagnostic différentiel des kystes ovariques et des épanchements ascitiques; c'est principalement dans le taux des matières fixes et dans l'existence de la paralbumine que l'on a voulu trouver des caractères distinctifs de quelque valeur. Vous savez que la paralbumine communique au liquide des kystes ovariques sa viscosité remarquable; précipitée, elle se redissout par l'alcool et donne alors un liquide tremblottant analogue à une gelée. Quelquefois la paralbumine existe en petite quantité dans les épanchements ascitiques (Hilger), mais il faut reconnaître cependant que sa présence est bien plus constante dans les kystes de l'ovaire; on ne la rencontre pas d'ailleurs dans les kystes séreux.

Le liquide extrait chez notre malade par la seconde ponction fut analysé par M. Vacher, interne en pharmacie du service et élève de M. Méhu, dont la compétence est si grande en pareille matière. Voici les résultats de cette analyse: Liquide huileux, non filant, légèrement alcalin, renfermant de nombreux globules sanguins, de l'albumine et une assez grande quantité de matières grasses; il contenait également 55 milligrammes de fibrine pour 1,000. Pas de pus ni de cholestérine, pas de paralbumine. Les matières fixes fournissaient un résidu de 60 à 80 pour 1,000.

Il a été établi, par les recherches sur le sujet, que le liquide ascitique renferme en moyenne, ainsi que le sérum du sang, de 70 à 80 grammes de matières fixes pour 1,000; lorsque la proportion des matières fixes est plus considérable, on a quelque raison de croire à un kyste ovarique. Or, dans le cas qui nous occupe, l'analyse chimique ne révéla, ainsi que nous venons de le voir, que 60 à 80 grammes pour 1,000.

Tous ces renseignements pouvaient-ils nous prémunir contre une erreur de diagnostic, en nous indiquant nettement la provenance du liquide qu'avaient fourni les deux ponctions successives pratiquées chez notre malade?

Non, à coup sûr. Nous restions encore dans le doute. Il en a été de même, du reste, dans un cas rapporté par M. Pozzi, et dans lequel l'analyse du liquide abdominal, pratiquée par M. Méhu lui-même, ne permettait pas d'affirmer l'existence d'un kyste ou d'une ascite symptomatique d'une tumeur utérine ou ovarienne bien qu'elle fournit un plus grand nombre de probabilités en faveur de cette dernière hypothèse.

Si, chez notre malade, nous écartions le diagnostic de kyste ovarique, à cause des caractères du liquide, nous ne pouvions cependant admettre un épanchement ascitique libre dans le péritoine; les signes physiques, sur lesquels nous avons suffisamment insisté, ne permettaient pas une semblable conclusion. Il nous fallait, dès lors, songer à une ascite enkystée, reconnaissant pour cause l'irritation péritonéale produite par une tumeur siégeant vraisemblablement dans l'ovaire. Nous possédions, d'ailleurs, un certain nombre de renseignements cliniques propres à nous guider dans la discussion que comportait ce cas embarrassant, et à nous fournir des indications rationnelles au point de vue d'une intervention chirurgicale.

En effet, l'absence de tout déplacement du liquide lors des changements de position de la malade ne laissait aucun doute sur l'enkystement de l'épanchement; en outre, après la seconde ponction, nous avions senti nettement, par le palper, de chaque côté de l'utérus, une tumeur, plus volumineuse à gauche, mais aussi profondément située et par suite facilement reconnaissable au moyen du toucher vaginal; celle de droite, plus élevée au-dessus du détroit supérieur, était assez aisément délimitée par l'emploi simultané du toucher et de la palpation hypogastrique.

Nous avions procédé également à un autre mode d'exploration, d'une grande importance en pareil cas, je veux parler du cathétérisme utérin. L'hystéromètre, en effet, peut venir en aide au diagnostic en indiquant si les tumeurs dépendent de l'utérus ou lui sont étrangères. Nous avons constaté que la cavité de la matrice avait une profondeur de six centimètres et demi, et qu'il était possible d'imprimer, à l'aide de la sonde, quelques mouvements à cet organe, sans déplacer les tumeurs entre lesquels il était situé. Le cathétérisme présenta d'ailleurs quelques difficultés, l'utérus, maintenu sans doute par des adhérences, restant, après l'évacuation du liquide abdo-

minal et la disparition de la tumeur fluctuante signalée dans le cul-de-sac postérieur, intimement accolé à la face postérieure du pubis; le manche de l'hystéromètre dut être porté fortement en bas et à droite pour permettre au bec de l'instrument, dirigé par cette manœuvre en haut et à gauche, de pénétrer librement dans la cavité cervicale.

Il semblait, dès lors, évident que s'il existait une certaine connexion entre l'utérus et les deux tumeurs latérales, du moins leur union n'était pas intime; nous n'avions pas affaire à des tumeurs développées aux dépens des parois utérines. Il devenait donc à peu près certain qu'il s'agissait de tumeurs de l'ovaire ou des autres organes contenus dans le ligament large, et deux hypothèses pouvaient être formulées avec autant d'apparence d'arriver à un diagnostic exact: kyste multiloculaire avec une poche énorme et un pédicule composé par un gâteau polykystique, ou bien tumeur ovarique de nature quelconque, peut-être polykystique ou racémeuse, mais constituée par de petits kystes agglomérés, et accompagnée d'ascite secondaire enkystée.

Nous devons reconnaître, messieurs, que nous penchions vers la première de ces hypothèses, tandis que M. Pozzi, qui avait bien voulu venir examiner la malade à plusieurs reprises, inclinait plutôt vers la seconde interprétation; il avait observé plusieurs faits analogues, notamment un cas remarquable, opéré par lui avec M. Terrier et qui offre de nombreuses ressemblances avec le nôtre (1).

Dans les deux alternatives, du reste, l'opération était indiquée et elle fut pratiquée à la Salpêtrière le 27 décembre par M. Pozzi, assisté de MM. Terrillon et Monod.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Maladies de l'appareil digestif.

De l'hépatite syphilitique chez les enfants, par le docteur Engel.

L'auteur rapporte l'observation d'une petite fille de dix ans, qui souffrait depuis une année d'anorexie, d'amaigrissement, d'éructations nidoreuses, de borborygmes et d'affaiblissement général. Elle avait été successivement traitée dans l'hypothèse de vers intestinaux, de scrofule et de dyspepsie. On avait aussi prescrit le changement d'air et un séjour au bord de la mer, mais tout cela sans résultat appréciable. Peu à peu le ventre avait augmenté de volume et la malade avait été obligée de prendre le lit. Lorsque M. Engel la vit pour la première fois, elle était très amaigrie. La face était ridée, les yeux étaient ternes; la peau offrait une coloration jaune sale, et les dents présentaient des déformations analogues à celles qui ont été décrites par Hutchinson. Les poumons étaient sains; en revanche, les veines abdominales superficielles étaient très dilatées. Il y avait un abondant épanchement ascitique, accompagné d'un certain degré de tympanite. Pas d'albumine dans les urines.

M. Engel porta le diagnostic d'hépatite syphilitique, surtout par exclusion et en tenant compte de l'insuccès des médications instituées jusque-là. Une ponction donna issue à plus de quatre litres de liquide. On put alors se rendre compte de l'état du foie, qui descendait jusqu'au voisinage de la crête iliaque, et qui était légèrement douloureux à la pression. La rate était aussi un peu hypertrophiée.

Sous l'influence des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium à l'intérieur, une amélioration rapide se produisit. Il ne survint pas de nouvelle ascite et, au bout de six mois, le foie et la rate avaient repris leurs dimensions normales.

L'auteur cite une observation semblable recueillie en 1872 sur une enfant de sept ans, qui guérit également sous l'influence du même traitement.

Le diagnostic est certainement des plus difficiles à établir. Il repose essentiellement sur l'existence de malaises passagers survenant sans cause évidente; sur la coloration spéciale de la peau et l'aspect cachectique des sujets; sur le développement graduel de l'ascite en dehors de ses causes habituelles (péritonite tuberculeuse, cancer, etc.). Mentionnons encore l'absence de douleur, d'épistaxis, d'hématémèse, de melæna, le développement du foie et de la rate et l'existence d'un état dyspeptique tout spécial. Enfin, il faut tenir compte par-dessus tout du succès du traitement spécifique. (Amér. Journal of obstétrics, janvier, 1883.)

Corps étranger de l'œsophage, par le docteur Goldsmith.

— Un jeune garçon de dix ans avait, en jouant, avalé un hameçon qui s'était fixé dans l'œsophage. L'extrémité du fil de catgut auquel il était attaché pendait en dehors de l'orifice buccal. Après avoir chloroformisé le patient, qui se plaignait simplement d'une douleur au niveau du creux sus-sternal, M. Goldsmith attacha un fil de soie à l'extrémité du fil de catgut, puis un fil de fer fin à l'extrémité du fil de soie. Il introduisit ensuite le fil de fer dans une sonde œsophagienne qu'il put ainsi glisser jusqu'au niveau du corps étranger. Il éprouva une légère résistance qui fut bientôt vaincue. Sonde et hameçon purent être retirés alors sans accident. (The Lancet, novembre 1882.)

Dr Gaston Decaisne.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 avril 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

Sur la morsure de la sangsue. Note de M. G. Carlet, présentée par M. Paul Bert.

Conclusion.—Les denticules des mâchoires ne sont pas assez fortes pour produire, d'un seul coup, une blessure qui donne lieu à un *écoulement* de sang, et elles agissent à plusieurs reprises. Que l'on imagine un scarificateur à trois lames dentées et équidistantes, qui s'écarteraient l'une de l'autre en même temps qu'elles s'enfonceraient dans la peau. En faisant fonctionner l'instrument plusieurs fois de suite à la même place, on aura une idée assez exacte de l'armature pharyngienne et du mécanisme de la morsure de la sangsue.

Étude comparative des bactéries de la lèpre et de la tuberculose. Note de M. V. Babes, présentée par M. Vulpian.

D'après M. Koch, les bactéries qui engendrent certaines mala-

(1) S. Pozzi. *Quatre opérations d'ovariotomie; quatre guérisons.* Gazette médicale de Paris, février et mars, 1879.

dies forment des espèces naturelles différentes, et c'est ainsi que le savant Allemand a cherché à différencier le bacille de la lèpre et celui de la tuberculose, qui présentent les plus grandes analogies. Dans les recherches qui font l'objet de cette note, l'auteur décrit des procédés de technique microscopique qui lui ont montré que les propriétés différentielles entre ces bactéries, indiquées par M. Koch, n'existent pas; mais il y a, entre ces micro-organismes, d'autres différences caractéristiques portant sur la réaction chimique ou moléculaire, sur la forme et surtout sur leur disposition dans les tissus.

INFLUENCE DES RACINES SENSITIVES SUR L'EXCITABILITÉ DES RACINES MOTRICES. Note de M. KANELLIS.

En étudiant au laboratoire de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes les caractères de l'onde réfléchie produite par l'excitation d'un nerf moteur en rapport avec la moelle, j'ai aperçu, dit l'auteur, un fait nouveau et qui offre quelque intérêt pour la question de l'excitabilité des nerfs moteurs.

Voici en quoi consiste l'expérience:

On ouvre sur une grenouille le canal médullaire et l'on coupe d'un côté toutes les racines en réservant seulement une paire, racine motrice et racine sensitive.

L'excitateur étant placé sur la racine motrice, on l'excite par la décharge d'induction. On cherche le courant minimum qui donne un effet, c'est-à-dire une contraction à l'ouverture. En écartant davantage les bobines, l'excitation est sans effet.

Cela posé, on coupe la racine sensitive, et l'on recommence l'épreuve. Aussitôt la décharge, tout à l'heure inefficace, parce qu'elle était trop faible, devient efficace et provoque une contraction énergique. Le courant minimum de tout à l'heure est pour le nerf moteur dans cette condition un courant fort.

Les choses se passent donc comme si la section de la racine sensitive avait accru considérablement l'excitabilité du nerf moteur. Nous réservons toute explication relativement à ce phénomène en apparence paradoxal.

Séance du 30 avril 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

ANESTHÉSIE PROLONGÉE OBTENUE PAR LE PROTOXYDE D'AZOTE A LA PRESSION NORMALE, par M. PAUL BERT. (V. le *Premier-Paris*.

NOUVELLES RECHERCHES HISTOLOGIQUES SUR LA TERMINAISON DES CONDUITS BILIAIRES DANS LES LOBULES DU FOIE. Note de M. KANELLIS.

Comme on le sait, la terminaison des conduits biliaires dans les lobules du foie se fait par un réseau très fin dont les mailles entourent les cellules hépatiques (Irminger, Frey, Kolliker). Par des injections au nitrate d'argent faites sur des foies de lapins, nous avons reconnu sur les derniers canalicules, qui ont 3/1000 de millimètre de diamètre, un épithélium aplati, mince et pavimenteux, tandis que les conduits plus gros sont pourvus d'un épithélium prismatique. Nous établissons sur cette observation la distinction de deux fonctions glycogénique et biliaire; l'épithélium du réseau intra-lobulaire sécréterait la bile, et les cellules du foie formeraient la matière glycogène.

DE L'INCUBATION DES ŒUFS D'UNE POULE ATTEINTE DU CHOLÉRA DES POULES. Note de M. A. BARTHÉLEMY.

Dans une ferme du Gers, très éprouvée l'an dernier par le choléra des poules et la maladie du porc, une poule a présenté cette année, vers la fin de février, les symptômes de la maladie. Après des alternatives de retour à la santé et des rechutes, elle a succombé après avoir pondu quatorze œufs. J'ai soumis à l'incubation ces œufs, qui avaient été recueillis avec soin et qui ont été marqués pour les distinguer des œufs normaux qui complétaient la couvée.

Observés concurremment, les deux sortes d'œufs n'ont d'abord montré aucune différence sensible dans le développement embryonnaire, tant qu'a duré la circulation vitelline.

Des différences notables ne se sont manifestées que lorsque la circulation de l'allantoïde a commencé se produire, entre le huitième et le dixième jour : le développement s'est arrêté et aucun œuf n'est arrivé à éclosion. En ouvrant, à partir de ce moment, les œufs avec les précautions habituelles, on trouve sous la coquille et à la surface de l'allantoïde, un véritable lac sanguin d'un sang noir et répandant l'odeur spéciale du sang des poules mortes de la maladie. Pendant longtemps encore l'artère ombilicale présente des pulsations très lentes, qui prouvent que la vie met longtemps à s'éteindre dans l'embryon.

Quant à celui-ci, on le trouve noyé au fond de la poche amniotique, gorgée d'une très grande quantité de liquide, tandis que toute l'albumine a complètement disparu.

Le sang est rempli de bactéries, tandis que le liquide amniotique contient des monades d'une extrême petitesse.

Il est évident que l'œuf contenait les germes des microbes dont les liquides de la mère étaient gorgés, et que ces germes ne se sont développés qu'avec la respiration aérienne, lorsque l'allantoïde a donné au liquide sanguin l'oxygène nécessaire au développement des bactéries.

Il est intéressant de remarquer que ce n'est aussi qu'à ce moment que l'embryon présente réellement les caractères de l'oiseau.

J'ai fait avaler à trois poules des débris de ces embryons, et deux ont déjà succombé.

Il est vrai que la maladie règne encore dans la ferme et que d'autres poules sont atteintes.

COMPARAISON ENTRE LES BACILLES DE LA TUBERCULOSE ET CEUX DE LÈPRE (*éléphantiasis des Grecs*). — Note de M. BABES, présentée par M. VULPIAN.

Dans une précédente communication, l'auteur a montré les différences qui existent entre les bacilles de la tuberculose et ceux de la lèpre, au point de vue de leur réaction vis-à-vis de quelques agents chimiques.

Dans la présente note, il étudie les différences qu'ils présentent au point de vue de leur forme et de leur siège.

Il termine sa communication par cette réflexion :

« Quand les bactéries de la lèpre tuberculeuse et de la tuberculose expérimentale suffisent par leur nombre immense pour expliquer mécaniquement les symptômes de cette maladie, la présence et la propagation des bacilles de la tuberculose dans les tissus chez l'homme ne suffisent pas toujours pour rendre compte des symptômes et de l'anatomie pathologique. Aussi, malgré les recherches ingénieuses de Koch et l'analogie des bacilles des deux maladies, il faut admettre un autre facteur, qui concourt chez l'homme à la formation des produits tuberculeux. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mai 1883. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance non officielle comprend : 1° un pli cacheté adressé par M. le docteur Luton, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Reims; — un autre pli cacheté adressé par M. le docteur Renou (de Saumur); 2° une note sur le dosage de l'acide urique dans l'urine, procédé volumétrique rapide, par M. E. Gautrelet, pharmacien de 1re classe; 3° un travail intitulé : *La loi Roussel dans le canton d'Agde*, par M. le docteur Ernest Durand (de Marseillan); 4° un mémoire manuscrit sur la portion brachiale du nerf musculo-cutané, par M. le docteur Testut, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— TRAVAUX PRÉSENTÉS : *Du vertige de Ménière dans ses rap-*

ports avec les lésions des fenêtres ovale et ronde, par M. le docteur Gellé. — *L'Annuaire-Bulletin de la Société protectrice de l'enfance pour l'année 1882*; par M. Marjolin. — *Leçons sur l'opération de la cataracte*, par M. le docteur Badal (de Bordeaux). —Un travail manuscrit sur des expériences de vaccination et de revaccination entreprises à Bordeaux, par M. le docteur Layet (de Bordeaux). — *Traitement des affections du foie, congestion, hypertrophie, coliques hépatiques, par les eaux de Pougues*, par M. le docteur Logerais.

— MICROBES ET MICROZYMAS. — M. BÉCHAMP demande à présenter quelques observations à propos de la communication faite dans l'une des dernières séances par M. Pasteur et d'une proposition émise par M. Bouley.

Il s'agit des théories dites microbiennes et de l'application de ces théories à l'homme. Il s'agit de savoir s'il est permis en physiologie et en pathologie de conclure de l'animal à l'homme. On peut se demander s'il existe véritablement dans l'air des animalcules auxquels il faut attribuer la cause occasionnelle des maladies de l'homme et des animaux; si tous les êtres vivants, à tous les âges, recèlent des êtres vivants susceptibles d'être cultivés, multipliés et inoculés. On peut se demander, en second lieu, si les microbes existant dans l'atmosphère y existent primitivement depuis la création, ou si, au contraire, ils n'y ont été produits que consécutivement à des affections morbides des animaux ou de l'homme.

M. Béchamp ne veut attaquer ni M. Pasteur ni ses savants collaborateurs; il vient seulement défendre des opinions qu'il a émises dès l'année 1868, à une époque où M. Pasteur, ni personne, à l'exception de M. Davaine, n'avaient touché à ces questions.

Dans les premières publications de M. Davaine, M. Béchamp et M. Estor, son collègue à la Faculté de Montpellier, soutenaient contre M. Davaine que la bactéridie n'était pas la cause essentielle du charbon, mais que cette bactéridie n'agissait qu'en déterminant une dyscrasie particulière en vertu de laquelle s'affectaient les microzymas de l'organisme évoluant en bactéridies. Le charbon ne serait, suivant lui, que le résultat d'une évolution morbide des microzymas de l'organisme.

M. Béchamp a été étonné d'entendre un savant comme M. Bouley déclarer que, pour lui, l'homme ne diffère de l'animal ni histologiquement, ni physiologiquement; qu'il n'y a qu'une physiologie, et partant, qu'une pathologie.

Rien de plus inexact que cette proposition, suivant M. Béchamp.

Si l'on prend, dit-il, le produit de la même glande, la parotide, et qu'on le considère chez l'homme, le chien et le bœuf, on verra que tandis que la salive de la parotide de l'homme détermine, dès son contact avec l'empois, la saccharification de cette substance, cette action saccharifiante ne se produit pas avec la salive de la parotide du chien ou avec celle du bœuf. Ainsi, malgré l'identité morphologique de l'organe, l'action physiologique diffère entièrement. Il en est de même du pancréas, que l'on a désigné sous le nom de glande salivaire abdominale.

Par contre, il résulte d'observations tout récemment faites par M. Béchamp, que deux glandes différentes anatomiquement et histologiquement, telles que la glande mammaire et la glande parotide, possèdent la même propriété saccharifiante sur l'empois.

M. Béchamp a reconnu qu'il existe dans la glande mammaire de la femme, ou plutôt dans le produit de cette glande, le lait, une zymase qui exerce une action saccharifiante sur l'empois aussi active qu'avec la salive parotidienne. Mais, chose curieuse, le lait de brebis et le lait de vache ne possèdent pas cette propriété saccharifiante exclusivement propre au lait de femme.

En résumé, suivant M. Béchamp, le dernier terme de l'activité organique est le microzyma. M. Béchamp a cultivé les microzymas de l'organisme et il les a vus évoluer en bactéries et en bactéridies. Les microzymas de l'organisme à l'état parfait de santé, ceux du pancréas, par exemple, peuvent avoir une action aussi délétère que le virus le plus violent. Il n'est, d'ailleurs, absolument pas permis de conclure de l'animal à l'homme, ni au point de vue de la physiologie, ni à celui de la pathologie.

Les microzymas, qui sont les seuls microbes qui existent, n'existent pas dans l'air primitivement : ils ne sont que des émanations consécutives à des affections de l'organisme.

— CONJONCTIVITE PURULENTE RHUMATISMALE. — M. PERRIN, depuis la dernière séance, a reçu deux observations de conjonctivite purulente rhumatismale, dont une, qui lui a été communiquée par M. Challand de Belval, médecin à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, lui a paru concluante.

Il s'agit d'une dame de 62 ans, bien constituée, qui, dans le cours d'une seconde attaque de rhumatisme articulaire aigu, a été prise d'une conjonctivite purulente de l'œil droit. L'examen le plus minutieux n'a permis de découvrir la trace d'aucun contage. L'état antérieur des yeux et des paupières était parfait. Malgré le traitement habituel des conjonctivites purulentes (sangsues, lotions émollientes, collyre au nitrate d'argent, etc.), la cornée a conservé un leucome superficiel.

— PRIX GODARD. — M. MOUTARD-MARTIN lit un rapport sur le prix Godard. De treize mémoires envoyés, la commission en a supprimé deux se rapportant à des sujets chirurgicaux et a cru devoir n'en examiner que quatre, dont M. le rapporteur fait une rapide analyse. Ces travaux sont les suivants :

1° *De l'influence du système nerveux sur la production des affections cutanées*, par M. Leloir;

2° *Recherches expérimentales sur la cause et la nature des accidents urémiques*, par MM. Feltz et Ritter;

3° *Recherches anatomiques et cliniques sur les faisceaux sensitifs et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau*, par M. Vallet;

4° *Les maladies du Sénégal*, par M. Borius.

— PRIX FALRET. — M. MESNET lit le rapport sur le prix Falret. (Voir le *Premier-Paris*.)

— DE LA GRAVELLE SIMULÉE. — M. BRONGNIART donne lecture d'un travail sur la *Gravelle simulée et sur ses rapports, chez la femme, avec l'hystérie*.

L'auteur conclut de ses observations qu'il faut toujours, chez les femmes et les enfants, mais surtout chez les femmes nerveuses et hystériques, contrôler par un examen minutieux et par l'analyse chimique les corps étrangers qu'ils disent avoir rendus en urinant, à la suite de douleurs néphrétiques ou vésicales, sous peine de tomber dans l'écueil signalé par Civiale.

— L'Académie se forme en comité secret à cinq heures pour voter sur les conclusions des deux rapports des prix dont elle a entendu la lecture.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mai 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

M. CHAUVEL dépose sur le bureau, de la part de M. Badal (de Bordeaux), un volume intitulé : *Leçons sur la cataracte*.

— ACTION DU TRAUMATISME SUR LES ÉTATS PATHOLOGIQUES ANTÉRIEURS. — M. BERGER : Dans la discussion soulevée par M. Verneuil, les orateurs qui ont pris la parole se sont, à mon avis, un peu écartés de la question, et je désire la ramener à son cadre primitif.

Il s'agit de déterminer si, un malade étant atteint d'une lésion organique d'un viscère ou d'une dyscrasie, un traumatisme intercurrent vient hâter l'évolution de ces affections primitives.

Dans les lésions viscérales, il faut distinguer celles qui sont liées à une maladie dyscrasique et celles qui en sont indépendantes.

Envisageons d'abord les premières, le tubercule et le cancer.

Il est certain que la tuberculose pulmonaire peut être hâtée dans son évolution par les interventions opératoires ayant pour but de débarrasser le malade d'une manifestation locale de la tuberculose.

J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas qui en font foi : j'ai eu deux malades à qui j'ai amputé la cuisse pour une tumeur blanche du genou ; tous deux étaient tuberculeux ; ils ont parfaitement supporté l'opération ; mais, peu de temps après, ils ont succombé à une tuberculose aiguë. — Il en a été de même pour un malade auquel j'ai amputé la jambe pour une tumeur blanche du pied.

Ces exemples m'ont déterminé à éviter, autant que possible, les opérations graves chez les tuberculeux.

Quant aux cancers viscéraux, dans certains cas l'opération amène une amélioration. C'est ce qui a lieu pour les rétrécissements cancéreux de l'œsophage ou du rectum, alors que l'opération a pour résultat de supprimer le contact des matières avec la lésion. La gastrotomie, l'anus contre nature, suppriment une cause d'irritation en détournant le cours des matières.

Il existe un certain nombre de cas d'opérations des lèvres ou de la langue, à la suite desquelles les ganglions ont été rapidement envahis. Mais alors on peut invoquer non pas une influence générale, mais une irritation directement transmise par les lymphatiques.

Mais à côté de ces faits, qui ne peuvent servir d'arguments dans la discussion actuelle, il en est d'autres qui appuient la thèse de M. Verneuil, et que je vais citer :

1o Sarcocèle du testicule et de l'épididyme, ne remontant pas au cordon, s'étant développé rapidement ; rien dans la région lombaire. Castration, guérison rapide de l'opération ; peu de temps après, douleurs vives du côté du foie, cachexie rapide, mort. A l'autopsie, foie cancéreux.

Il est probable qu'il existait déjà une lésion du foie, mais qu'elle a évolué rapidement sous l'influence du traumatisme opératoire ;

2o Sarcocèle du testicule opéré par Velpeau ; quelque temps après, mort rapide par cancer du poumon ;

3o Castration pour une tumeur volumineuse du testicule ; au bout de quelque temps, mort par cancer du poumon (James Paget);

4o Cancer du testicule, castration ; au bout de quinze jours, cancer du poumon, mort.

Il est indéniable que dans ces faits la marche rapide de l'affection a été due au traumatisme opératoire.

Arrivons maintenant aux lésions organiques indépendantes des diathèse.

J'ai soigné un homme qui avait une fracture du coude compliquée de plaie; il était en même temps porteur de petites excoriations aux jambes, lesquelles furent le point de départ d'un phlegmon diffus. A l'examen des urines, on trouva de l'albumine ; le malade guérit et l'albumine disparut ; puis au bout de quelque temps celle-ci reparaît sous l'influence d'un embarras gastrique. Je crois que dans ce cas le traumatisme a agi comme l'embarras gastrique et a fait apparaître une albuminurie jusqu'alors latente.

Il en a été de même pour deux autres malades, dont l'un avait des brûlures étendues et l'autre avait été opéré d'une double cataracte.

Quant au diabète, j'ai soigné dernièrement un homme qui était diabétique et albuminurique. A la suite d'un écrasement du pied, il eut un épanchement du sang considérable, et un sphacèle étendu de la peau en plusieurs points ; mais néanmoins il n'y eut pas d'augmentation dans la quantité de l'albumine et de sucre.

Dans deux autres cas également, le traumatisme n'a pas amené de variation dans la quantité du sucre.

Quant au malade dont l'observation a été publiée par M. Picqué et dont ont parlé MM. Verneuil, Trélat et Desprès, chez lui la mort a bien été la conséquence de la pelvipéritonite, mais cela n'empêche pas que, sous l'influence de son traumatisme, il y a eu une aggravation de la lésion du foie, qui existait auparavant.

De tout cela il faut conclure que dans tous les cas les lésions organiques doivent tenir une grande place dans le pronostic des traumatismes accidentels ou chirurgicaux.

M. Richelot cite l'observation d'un homme de 65 ans, atteint d'épithélioma de la joue, arthritique, diabétique, paludique et légèrement alcoolique. Il fut d'abord soumis à un traitement pour son diabète, mais M. Richelot dut l'opérer avant que l'amélioration fût suffisante. Il guérit néanmoins parfaitement et la réunion se fit par première intention.

On peut se demander, d'après les faits de ce genre, dans quelle mesure la considération de la diathèse doit influer sur la conduite du chirurgien Il est évident que s'il s'agit d'une opération anaplastique, qui peut être évitée, la main du chirurgien sera retenue par l'existence d'une diathèse. Mais les opérations d'urgence devront être faites néanmoins ; l'existence de la diathèse ne pourra entrer en ligne de compte que pour modifier le pronostic.

—M. Chauvel lit un rapport sur une note de M. le docteur Richon intitulée : *Mode d'application de tartalane plâtrée pour éviter les consolidations vicieuses dans les fractures de la clavicule.*

Dr Henri Bastard.

DOUZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 4 au 8 avril 1883, sous la présidence de M. von Langenbeck.

Suite et fin. — Voir les numéros 17 et 18.

— M. Riedel (Aix-la-Chapelle). — *Du pansement au bismuth.* — Le pansement au bismuth préconisé par M. Kocher a donné à M. Riedel des résultats d'autant plus satisfaisants que ceux-ci ont été obtenus en partie dans des cas où une plaie était déjà envahie par l'infection septique. L'emploi du bismuth est au plus haut degré propre à tarir toute sécrétion à la surface des plaies et à hâter l'accolement des lèvres de la solution de continuité. Ce dernier effet se manifeste également lorsque le bismuth est appliqué sur une plaie de la plèvre ou du péritoine, comme l'auteur s'en est rendu compte par des expériences sur des animaux ; il serait dû au dégagement incessant de petites quantités d'acide azotique, qui est doué d'une action plastique. L'effet peut être dépassé, quand on applique à la surface d'une séreuse de trop grandes quantités de bismuth, et il peut alors en résulter des escharres. Cependant l'emploi du pansement au bismuth n'a pas empêché que sur 61 cas de plaies diverses, 8 se soient compliquées d'érysipèle (au contact d'autres malades porteurs d'un érysipèle traumatique). C'est pourquoi M. Riedel a combiné l'emploi du bismuth avec celui du sublimé qui passe, à tort ou à raison, pour un préservatif sûr de l'infection érysipélateuse. Sur 23 malades pansés au bismuth et au sublimé, aucun n'a eu de phlegmon, quoique parmi eux il y eût un cas de fracture de l'humérus avec infection putride ; une seule fois, il y eut de l'érysipèle.

M. Von Langenbeck appuie tout ce que M. Riedel a dit en faveur du pansement au bismuth. Il a été tout particulièrement surpris de l'excellence de ce mode de pansement dans un cas de vaste angiome caverneux siégeant à la face interne de la cuisse. Après extirpation de la tumeur, il restait une plaie anfractueuse, circonscrite de toutes parts par des muscles ; au moindre mouvement, la plaie changeait de forme, et il était impossible d'en maintenir les lèvres accolées. On la combla avec une émulsion de bismuth, on introduisit un drain et on appliqua à la surface des compresses imbibées de l'émulsion de bismuth. La plaie se cicatrisa par première intention, sans nulle trace de sécrétion.

A côté de ces avantages incomparables, le bismuth employé pour le pansement des plaies a l'inconvénient de ne pas escarrifier les

surfaces à vif. Aussi le pansement au bismuth ne saurait-il convenir aux cas où il y a lieu de poursuivre une cicatrisation sous-crustacée.

M. Israel ne méconnaît pas les avantages du pansement au bismuth, mais il croit devoir attirer l'attention des chirurgiens sur le fait suivant : A la suite de l'amputation d'un sein cancéreux, il eut recours au pansement préconisé par M. Kocher, et il obtint une cicatrisation par première intention. Cependant, au dixième jour après l'opération, se déclarait une stomatite gangréneuse, par suite de laquelle la muqueuse des joues et de la langue se détacha en lambeaux. Cette singulière et fâcheuse complication, par la gêne qu'elle apportait à l'alimentation, mit les jours de la malade en péril. Finalement la muqueuse buccale est restée tachetée de points bleuâtres formés par des dépôts de bismuth. De plus, quelques semaines après sa sortie de l'hôpital, cette femme se représentait, parce qu'autour de sa cicatrice mammaire il s'était formé un certain nombre de nodosités du volume d'une cerise. Une incision exploratrice démontra qu'il ne s'agissait pas de noyaux cancéreux, mais bien de dépôts de bismuth en grain, qu'on enleva non sans peine.

M. Von Langenbeck (ni aucun des chirurgiens présents) n'a jamais rien vu de semblable et pense que M. Israël a usé du bismuth à trop fortes doses.

M. Bardeleben et M. Hahn ont également parlé en faveur du pansement au bismuth.

En réponse à une question de M. Riedel, M. Bergmann déclare que les faits observés dans son service témoignent que le sublimé est bien un préservatif de l'infection érysipélateuse.

M. Kümmel fait une déclaration semblable.

— M. Boegehold. *Sur les blessures du canal thoracique.* — M. Bœgehold, alors qu'il était assistant du chirurgien Wilms, a vu, dans le cours d'une extirpation d'une tumeur du cou, un liquide lactescent envahir subitement le champ opératoire. Ce liquide ne pouvait être que du chyle et provenait, à n'en pas douter, du canal thoracique. En tamponnant la plaie, on put arrêter sans peine cet écoulement de chyle. Le patient se remit très vite, mais succomba quelque temps après à une récidive de sa tumeur : l'examen du néoplasme fit voir qu'il s'agissait d'un carcinome. L'auteur n'a pas pu retrouver dans la littérature médicale d'autre exemple irrécusable de ce genre de complication.

— M. Küster a présenté un jeune homme qui avait dû subir l'amputation de la cuisse pour une ostéomyélite aiguë infectieuse. En sciant le fémur, on reconnut que la cavité médullaire était infiltrée de pus jusqu'au grand trochanter; on la rugina dans toute son étendue, et la guérison se fit, quoique lentement.

Le même auteur a vu deux fois la tête du fémur se régénérer à la suite de la résection coxo-fémorale (subtrochantérienne dans un cas). A cette occasion, M. Von Langenbeck a fait savoir qu'il existe dans les collections du musée de Wurzbourg des pièces provenant de chiens chez lesquels la tête du fémur s'était reformée à la suite de la résection sous-périostique de l'extrémité articulaire du fémur. Suivant Von Langenbeck, on obtient toujours la régénération de la tête fémorale lorsque la résection porte sur la portion intra-capsulaire de cet os.

— Parmi les autres communications, nous citerons celles de :

M. Maass sur *les alcaloïdes cadavériques* ;

M. Zeller sur *un cas de mélanurie* ;

M. Zabludowski sur *la physiologie du massage.*

E. Ricklin.

FORMULAIRE

Suppositoires a employer contre les douleurs qui accompagnent la cystite chronique.

(Mallez)

Rec. Chlorhydrate de morphine 1 à 2 centigrammes.
Poudre de datura stramonium 2 —
Beurre de cacao Q. S.
Pour f. s. a. un suppositoire.

(Mayet)

Rec. Beurre de cacao 2 grammes.
Blanc de baleine } aa 3 —
Chloral pulvérisé }
M. s. a. pour un suppositoire.

E. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chimie biologique et voies urinaires.

I. A. Chapuis. Précis de toxicologie, 1 vol. in-12. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1882. — II. E. Quinquaud. Traité technique de chimie biologique, 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1883. — III. Ultzmann. Névroses des organes génito-urinaires de l'homme, traduit par H. Picard. Une brochure in-8. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1883. — IV. J.-H. Bennett. De la nutrition dans la santé et dans la maladie, essai de physiologie appliquée, traduit par P. Barrué. Un vol. in-12. — Paris, Asselin et Cie, 1882.

I. — Le précis de toxicologie de M. Chapuis justifie pleinement son titre ; il est court, il est clair, il est écrit pour le médecin tout autant que pour le chimiste. L'auteur donne d'abord un bref aperçu sur l'historique des grands empoisonnements et sur les diverses législations françaises ayant trait aux substances vénéneuses ; puis vient la physiologie de l'empoisonnement, c'est-à-dire l'étude du véhicule du poison, de ses voies d'introduction, de son absorption, de sa distribution aux divers tissus, de sa localisation, de ses voies d'élimination.

Le chapitre II traite de l'exhumation et de l'autopsie, de la marche à suivre dans l'analyse. Un essai sur la classification des poisons le termine. M. Chapuis les divise en trois classes :

1o Corps simples et leurs composés (métaux, métalloïdes, acides minéraux);

2o Gaz et vapeurs (liquides spiritueux et alcooliques);

3o Combinaisons organiques (acides, alcaloïdes, substances toxiques d'origine végétale ou animale).

Cette classification n'est autre que celle de M. Bouis. J'aurais préféré que l'auteur tentât un groupement physiologique ; car, si imparfaits que soient ceux proposés par Fodéré, Tardieu, Rabuteau, etc., ils ont un caractère rationnel que ne possède pas le classement chimique. Il est plus utile pour le médecin de savoir que tel poison est narcotique, tétanique, stupéfiant, corrosif, que de le voir classé d'une manière banale suivant une méthode qui ne donne aucune idée de son mode d'action. M. Chapuis objecte que l'action élémentaire des poisons est trop peu connue pour servir de base à un groupement de ces agents. Soit, mais ne vaut-il pas mieux faire des tentatives dans cette voie, qui est la seule féconde, que de s'éterniser dans une

classification chimique, qui ne l'emporte que de fort peu sur l'ordre alphabétique ?

Dans l'étude qu'il consacre à chaque poison, M. Chapuis suit la marche suivante : d'abord un résumé concis des propriétés chimiques du poison, indication des doses toxiques, statistiques, empoisonnements célèbres. Puis un excellent précis des moyens chimiques qui permettent d'isoler et de caractériser le poison. La physiologie du poison et le dosage de la substance toxique, ainsi que les moyens rapides et commodes qui peuvent être employés pour combattre les effets de l'empoisonnement, terminent chacun des chapitres.

Enfin, l'on trouvera à la fin du volume un exposé de la législation et des procédés d'expertise dans les différents pays.

II.—M. Quinquaud est un des rares savants qui cultivent en France les applications de la chimie à la physiologie et à la pathologie. Il a le double avantage d'être un clinicien de mérite et un chimiste instruit; de plus, c'est un convaincu qui travaille beaucoup et tâche de faire travailler autour de lui. Comme tous ceux qui suivent cette voie, il s'inquiète de voir le discrédit *parfois officiel* qui frappe la chimie quand elle veut pénétrer jusqu'au lit du malade, et il est un de ceux qui luttent courageusement contre cet ostracisme. Il publiait il y a trois ans un remarquable ensemble de recherches sur l'hématologie clinique; aujourd'hui il condense en un volume plusieurs mémoires techniques sur la décolorimétrie et la spectrophotométrie appliquées au dosage de l'hémoglobine, sur le dosage de l'urée, la mesure de la masse totale du sang chez l'animal vivant, sur l'élimination de l'acide carbonique dans les affections thoraciques, sur l'action de l'arsenic chez les diabétiques, etc. Enfin, M. Quinquaud a intercalé dans ses mémoires l'exposé de la méthode ayant servi à Schutzenberger pour l'étude des matières albuminoïdes, et le mémoire célèbre de Selmi sur les Ptomaïnes.

M. Quinquaud nous promet six volumes semblables.

Je me permettrai une seule observation : dans sa forme actuelle, l'ouvrage de M. Quinquaud n'est pas, à proprement parler, un traité technique de chimie biologique, c'est plutôt un recueil d'excellents mémoires qu'il y aurait peut-être avantage à relier ensemble d'une manière plus étroite.

III. Le petit opuscule d'Ultzmann traite de sujets fort divers, depuis l'impuissance génitale nerveuse jusqu'aux caractères de l'urine dans les névroses en général. Le spasme urèthral ou vésical, l'hypéresthésie de l'urèthre, la paralysie de la vessie, la spermatorrhée, sont étudiés avec assez de soin; mais ce qui fait l'intérêt de cette brochure, c'est que la question thérapeutique est traitée avec détails et que l'urologie des accidents sus-nommés est rapportée assez complétement. Malheureusement, l'auteur ne donne aucune indication bibliographique.

IV. Comment la nutrition s'accomplit-elle dans l'état de santé ? comment s'altère la nutrition ? quels sont les dépôts urinaires dans la nutrition défectueuse et quelle est leur valeur diagnostique ? enfin comment peut-on utiliser pratiquement l'étude de la nutrition normale et morbide pour poser les bases d'une hygiothérapie rationnelle ? Telles sont les questions principales auxquelles J.-M. Bennett tente de répondre dans un un petit volume fort bien écrit, mais forcément incomplet en ce sens qu'il paraît écrit presque autant pour les gens du monde que pour les médecins. Son plus grand mérite est dans la facilité de sa lecture et dans les observations personnelles et souvent originales qu'il renferme.

I. Mallez. — Formulaire des maladies des voies urinaires. Un vol. in-18. Paris. — A. Delahaye et Lecrosnier, 1883.

Publication assez complète où sont passés en revue la diététique, la pharmacothérapie, la médication hydro-minérale, les topiques cutanés et locaux, les injections, l'électricité, etc. A la fin du Formulaire, résumé thérapeutique sous forme de tableaux.

II. J. Colasanti. —Les changements de forme de l'acide urique sous l'influence de la glycérine. — *Archives de biologie italiennes.* Tome II, fasc. III, p. 334, 1882.

L'acide urique dissous dans la glycérine subit, quand on le fait cristalliser, une série de transformations géométriques fort curieuses et utiles à connaître; les transformations sont figurées dans les deux planches qui accompagnent le mémoire de Colasanti.

III. Moriggia. — Les Pigments de la bile. — Ibid., p. 446.

IV. Capranica. — Contribution a la chimie de la sueur. Ibid., p. 447.

Sueur éliminée pendant un bain de vapeur. Quantité, 450; densité, 1005-6; renferme des traces de soufre et 0,04 00/00 de créatinine (très hypothétique ?).

V. A. Lebedeff. — Comment se forme la graisse dans les cas de dégénérescence graisseuse aigue ? Recherches expérimentales (*Pflüger's Arch.*, t. XXXI, p. 11, 1883).

Travail considérable et du plus haut intérêt. L'auteur étudie la formation de la graisse dans le foie et dans le lait.

Albert Robin.

Iconographie photographique de la Salpêtrière, tome III, par MM. Bourneville et P. Regnard.

Le prix que l'Académie des sciences vient de décerner à cet important ouvrage nous a rappelé que nous avons à en présenter le troisième volume à nos lecteurs.

Ce volume contient quatorze observations nouvelles et est tout entier consacré à l'étude clinique de l'hystéro-épilepsie.

Dans une première partie, les auteurs étudient plus particulièrement les régions ou zones hystérogènes et le sommeil chez les hystériques.

Les zones hystérogènes ont pour siège le plus habituel le sommet de la tête, le sternum, les espaces intercostaux au-dessus et en dehors des seins, les apophyses épineuses ou les gouttières de quelques vertèbres cervicales ou dorsales, les flancs, les ovaires, le pli de l'aine, etc. Elles sont plus ou moins nombreuses chez la même malade. A leur niveau, la peau est généralement insensible, ce qui les distingue de la dermalgie. Une pression plus ou moins forte en ces points détermine ordinairement une attaque.

En général, les zones hystérogènes occupent exclusivement le côté de l'hémianesthésie ; mais si l'hystérie, comme toutes les maladies, est soumise à certaines lois, aucune ne présente plus qu'elle des exceptions. Ainsi il n'est pas rare de rencontrer des zones hystérogènes doubles et symétriques, parfois même de ne les observer que sur le côté où la sensibilité persiste.

La zone hystérogène la plus active (c'est le plus souvent la région ovarienne) joue un rôle important dans l'*aura*. Tant qu'elle n'entre pas en jeu, l'attaque reste en suspens. On peut provoquer celle-ci par une pression modérée et l'arrêter par une pression plus forte. Au point de vue du traitement de certains accidents, il est parfois utile de provoquer ainsi une attaque.

Les zones hystérogènes appartiennent au groupe des symp-

tômes permanents de l'hystéro-épilepsie. Elles s'atténuent et disparaissent en même temps que les plus importants de ces symptômes, tels que l'hémianesthésie et l'hyperesthésie ovarienne.

Le sommeil des hystériques est très irrégulier. Il s'accompagne généralement de rêves soit pénibles, soit agréables, est entrecoupé par des réveils en sursaut donnant lien parfois à de véritables hallucinations. Les insomnies sont fréquentes et rebelles. Les auteurs rapportent un cas de morphiomanie qui s'est terminé par la mort chez une hystérique dont l'insomnie avait conduit à l'abus des injections de morphine.

A l'encontre de ces cas d'insomnie, il est des hystériques qui ont de véritables attaques de sommeil. Les faits de ce genre, qui font l'objet de la seconde partie du volume de MM. Bourneville et Regnard, sont relativement assez rares, car ces auteurs n'en ont observé que trois exemples, et Briquet n'en relève également que trois sur 430 malades soumises à son observation.

MM. Bourneville et Regnard décrivent ces attaques de sommeil, qui sont comme un premier degré de coma, et dont la durée, variant de quelques heures à plusieurs jours, a été, chez une malade dont ils rapportent l'observation, de cinq à six semaines. On peut y mettre fin, comme aux accès convulsifs, par la compression ovarienne. Les malades, au réveil, conservent parfois le souvenir des rêves agréables ou des cauchemars qu'elles ont eus, et ce sont les illusions qu'elles gardent ainsi qui ont contribué, au moyen âge, à faire condamner et brûler tant d'hystériques comme sorcières.

Dans la troisième partie, les auteurs s'occupent de l'hypnotisme et font connaître les procédés employés à la Salpêtrière pour étudier cliniquement les phénomènes du sommeil provoqué. Afin de montrer le contraste frappant qui existe entre la vraie notion de ces faits éclairés à la lumière de la science moderne et les préjugés des âges antérieurs, ils terminent, dans un appendice, par la description abrégée du sabbat.

Nous n'avons plus à faire l'éloge de ce livre. Les observations sont prises avec toute la rigueur que comportent de nos jours les études cliniques ; les dessins et les planches photographiques sont des modèles du genre. Nous connaissons bon nombre des malades dont l'histoire a fourni les éléments de l'ouvrage. Nous avons assisté à la reproduction de la plupart des expériences dont la photographie a fixé les résultats, et nous pouvons ainsi, à la fois comme témoin et comme critique, rendre hommage à la sévère exactitude des descriptions et des tableaux présentés par les auteurs.

Dr F. DE RANSE.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

ACADÉMIE DES SCIENCES.—ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE DANS LA SECTION DE MÉDECINE. — L'Académie des sciences a procédé lundi dernier à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Sédillot.

La liste de présentation portait : en première ligne, *ex æquo*, MM. Brown-Séquard et Richet ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Alphonse Guérin, Jules Guérin et Sappey.

Premier tour de scrutin, votants 57, majorité 29 : M. Richet obtient 22 voix, M. Brown-Séquard 18, M. Jules Guérin 14, M. Sappey 2, M. Charcot 1.

Deuxième tour de scrutin, votants 58, majorité 30 : M. Richet obtient 32 voix, M. Brown-Séquard 23, M. Jules Guérin 3.

M. Richet ayant obtenu la majorité est proclamé élu.

***

LES ACCOUCHEURS DES HÔPITAUX. — MM. Budin, Porak, Pinard et Ribemont, accoucheurs des hôpitaux, viennent de répondre, par une note collective, à une brochure publiée à la librairie Germer-Baillière, sous le titre : « *Les concours des hôpitaux en 1883* », et à divers articles parus dans des journaux politiques. Nous n'avons pas lu ces articles, et ne pouvons juger par nous-même s'ils contiennent, à l'adresse de nos honorables confrères, des « insinuations calomnieuses ». S'il en était réellement ainsi, ils auraient raison de ne pas répondre : ils sont au dessus de toute attaque de ce genre.

Quant à la brochure, qu'ils qualifient de « factum anonyme », M. Nicaise, dans une courte note qu'il nous adresse, s'en déclare hautement l'auteur ; il n'a pas jugé nécessaire de la signer parce qu'elle est formée exclusivement de documents se rapportant à la question, entre autres et principalement de son rapport au Conseil de surveillance. On ne saurait appliquer à aucun passage de cette brochure l'expression « d'insinuations calomnieuses. »

Nous rappellerons à ce propos que, dans le regrettable conflit survenu entre l'administration de l'Assistance publique et le corps médico-chirurgical des hôpitaux, la personnalité des accoucheurs des hôpitaux est complètement hors de cause. Il ne s'agit que d'une question de principe qui demande à être envisagée et résolue, non dans l'intérêt de quelques-uns, mais dans l'intérêt général. C'est en se plaçant à ce point de vue élevé qu'on est conduit à dire en bonne logique : la multiplicité des concours implique des compétences différentes parmi ceux qui y prennent part en qualité de candidats ou en qualité de juges ; un concours général suppose une compétence étendue, un concours spécial une compétence restreinte. La conclusion est facile à tirer.

***

CONCOURS DES CHIRURGIENS DU BUREAU CENTRAL. — Les épreuves d'admissibilité sont terminées. Ont été admis à prendre part aux épreuves définitives les candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite : MM. les docteurs Campenon, Segond, Jalaguier, Quenu, Le Bec, Prengrueber, Marchant et Jullien.

***

CONCOURS POUR L'ADJUVAT. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Métaxas, Assaky, Boiffin, Phocas, Damalix, Hamonic, Festal et Barbulée.

***

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DE LA SEINE. — Dans la dernière séance de ce Conseil, une commission a été nommée dans le but d'étudier le moyen de constituer à Paris un *Institut vaccinal*, afin de parer aux difficultés qu'éprouve parfois le corps médical à se procurer du vaccin.

***

Pour répondre aux préoccupations du moment, la *Société française d'hygiène* reprendra, à partir du 15 mai, ses séances de vaccinations et de revaccinations gratuites (vaccin Jennerien et vaccin de génisse). Ces séances auront lieu tous les mardis de midi à une heure, à l'hôtel de la Société d'encouragement, 44, rue de Rennes.

***

SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE. — Un concours pour les emplois d'élève du service de santé de l'armée et l'examen d'aptitude à l'emploi de médecin et de pharmacien stagiaires, s'ouvriront concurremment : à Paris, le 8 août prochain ; à Lille, Nancy, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, les 13, 17, 21, 24, 27 et 30 du même mois ; à Bordeaux, Nantes et Rennes, les 3, 6 et 8 septembre.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Par arrêté en date du 24 avril 1883, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine, hygiène et thérapeutique s'ouvrira le 1er novembre 1883 à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

*
* *

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Noulet, professeur d'histoire naturelle, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-1883, par M. Lamic, pharmacien de première classe, chef des travaux d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Bordeaux.

*
* *

ÉCOLE PRATIQUE. — *Applications thérapeutiques de l'électricité.* — M. le docteur Apostoli commencera son cours le mercredi 16 mai prochain, à trois heures, amphithéâtre n° 3, pour le continuer les mercredis suivants à la même heure.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 27 AVRIL AU JEUDI 3 MAI 1883.

Fièvre typhoïde 31. — Variole 21. — Rougeole 30. — Scarlatine 0. — Coqueluche 15. — Dipthérie, croup 37. — Dysenterie 0. — Erysipèle 1. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 64. — Phthisie pulmonaire 247. — Autres tuberculoses 17. — Autres affections générales 70. — Malformation et débilité des âges extrêmes 61. — Bronchite aiguë 36. — Pneumonie 120. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 34, — au sein et mixte 32. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 102. — de l'appareil circulatoire 80. — de l'appareil respiratoire 86. — de l'appareil digestif 56. — de l'appareil génito-urinaire 47. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 1. — Epuisement 2. — Causes non définies 0. — Morts violentes 32. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 1230 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

HYGIÈNE DE LA VUE, par le docteur G. Sous (de Bordeaux). — Un joli vol, in-18 cartonné de 350 pages avec 67 figures dans le texte. — Prix : 6 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES FEMMES, thérapeutique générale et application de l'électricité à ces maladies, par le docteur A. Tripier. — Un vol, in-8 de 600 pages avec figures dans le texte. — Prix : 10 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SYSTÈME VEINEUX, les canaux de sûreté, par le docteur Jarjavay, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux. — In-8 de 80 pages avec 15 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

DES DIVERSES ESPÈCES DE PURPURA, par le docteur du Castel, médecin des hôpitaux. — In-8 de 96 pages. — Prix : 3 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

54e année. 6e série. Tome V. — N° 20 — 19 MAI 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 17 mai 1883.

ATROPHIE DU CERVEAU CONSÉCUTIVE A L'AMPUTATION D'UN MEMBRE.

L'observation communiquée par M. Bourdon à l'Académie de médecine, et qui confirme ses recherches antérieures sur l'atrophie du cerveau consécutive aux amputations des membres, présente un grand intérêt. Il ne s'agit plus, comme dans les faits réunis dans la remarquable thèse de Cotard, d'affections ou de lésions cérébrales primitives amenant secondairement, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte, la destruction, la sclérose, l'atrophie partielle du cerveau ; ici la lésion trophique a une origine purement fonctionnelle. Le membre aux mouvements duquel préside telle région de l'écorce cérébrale est supprimé ; l'activité fonctionnelle de cette région n'a plus lieu de s'exercer, et le cerveau, subissant la loi générale qui unit la fonction à l'organe, s'atrophie dans les parties devenues inertes.

Chez un grand orateur que nous n'avons pas besoin de nommer, la troisième circonvolution frontale aurait offert un développement considérable. Nous ne citons le fait que par ouï-dire, mais, s'il n'est pas exact, il est très vraisemblable, et il confirmerait ainsi, dans un sens inverse, l'application au cerveau de la loi physiologique que nous venons de rappeler.

L'observation de M. Bourdon montre un autre fait qu'il importe de relever : cette atrophie cérébrale, d'origine fonctionnelle, ne resterait pas toujours circonscrite aux régions primitives ; elle s'étendrait secondairement à d'autres parties des centres nerveux et donnerait lieu à des phénomènes morbides en rapport avec les régions atteintes. C'est là un point qui mérite de fixer l'attention et de provoquer de nouvelles recherches.

Enfin nous ne faisons que signaler, dans l'observation si intéressante de M. Bourdon, la contribution qu'elle apporte comme ses observations précédentes, à la localisation des fonctions cérébrales.

F. DE R.

CLINIQUE CHIRURGICALE

QUATRE CAS D'ÉTRANGLEMENT INTERNE TRAITÉS PAR LA LAPAROTOMIE, par G. BOUILLY, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir les numéros 15, 16 et 18.

IV. — ÉTRANGLEMENT INTERNE PAR TORSION DU MÉSENTÈRE ; LAPAROTOMIE ; MORT.

A la fin de septembre 1882, M. le docteur Legroux me faisait l'honneur de me demander mon avis sur l'état d'une malade de

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-HISTORIQUE

(Suite et fin. — Voir les numéros 8, 10, 15 et 16.

XIII, XIV, XV et XVI. — Il me resterait encore, si je n'étais obligé de me borner, à parler d'un certain nombre de publications touchant plus ou moins à l'histoire.

Je me contenterai d'en signaler quelques-unes.

Et d'abord cette intéressante relation publiée, peu de temps avant sa mort, par le docteur Mattei, accoucheur et collectionneur de documents relatifs à l'obstétrique.

Possesseur des manuscrits du docteur Deneux, qui avait été l'accoucheur de la duchesse de Berry et qui fut aussi jusqu'en 1830 professeur à la Faculté par un décret royal), M. Mattei a fait paraître partie des mémoires de Deneux, relative à la naissance du duc de Bordeaux (1).

M. le docteur Rougon, archiviste de la Société de médecine de Paris, a retracé avec un amour presque filial les phases par lesquelles ont passé les archives de cette Société depuis 1796 (date de son origine) jusqu'à nos jours (2).

Un pharmacien laborieux et distingué, M. Edmond Dupuy, a réuni dans un petit volume des notices biographiques sur les hommes de science dont les médaillons ornent la nouvelle Ecole supérieure de pharmacie de Paris (3). C'est un recueil de faits et de dates con-

(1) Quatrième grossesse de la duchesse de Berry. — Naissance du duc de Bordeaux, par le docteur Deneux, accoucheur de la duchesse, manuscrit inédit publié par M. le docteur A. Mattei. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1881, in-8 de 171 pages.

(2) *Les Archives de la Société de médecine de Paris*, aperçu historique, par le docteur Rougon, grand in-8 de 29 pages. Paris, 1882.

(3) *Notices biographiques sur les médaillons de la nouvelle Ecole de pharmacie de Paris*, in-18 de 120 pages. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

son service à l'hôpital Laënnec. Il s'agissait d'une femme de 54 ans, maigre, assez bien portante habituellement, entrée depuis peu de jours à l'hôpital. Elle racontait que depuis un an environ, elle vomissait fréquemment et qu'elle avait beaucoup maigri, mais que depuis quinze jours ses vomissements étaient beaucoup plus fréquents et avaient changé de caractère. En effet, il n'était pas difficile de reconnaître des vomissements d'aspect et d'odeur franchement fécaloïdes très abondants, qui avaient été rendus sans effort et comme par régurgitation.

Le ventre était volumineux, très ballonné, avec distension visible des anses intestinales et dilatatation des veines sous-cutanées. La douleur spontanée était vive au moment des coliques, et l'exploration réveillait une grande sensibilité dans tout l'abdomen.

La malade avait le faciès abdominal, mais il n'y avait aucune angoisse, aucune tendance au refroidissement; un calme assez grand s'établissait dans les intervalles des vomissements, de sorte que rien ne pouvait donner l'idée d'un étranglement aigu à marche rapide.

L'examen des anneaux herniaires, le toucher vaginal et rectal, ne donnèrent aucun renseignement. Je pensai que la malade était atteinte d'un cancer intestinal, impossible à percevoir au milieu de cet abdomen distendu, et donnant lieu à des phénomènes d'obstruction intestinale. Je ne jugeai pas l'intervention immédiate nécessaire et crus bon de laisser continuer l'emploi des moyens médicaux qui avaient déjà été mis en usage.

Pendant plusieurs jours de suite, la malade fut soumise à la douche rectale avec le siphon d'eau de seltz, à la faradisation de l'intestin et de la paroi abdominale, le tout sans résultat autre que l'évacuation de quelques matières glaireuses contenues dans le bout inférieur.

La situation se prolongea ainsi durant toute une semaine, la malade s'affaiblissant de plus en plus par la souffrance et la répétition des vomissements, avec accroissement très notable de la distension abdominale et gêne marquée de la respiration.

La persistance des accidents me décida à intervenir, tout en regrettant de ne pas avoir un diagnostic précis et en allant à contre-cœur à la recherche d'un obstacle dont j'ignorais la nature et le siège. Du reste, l'état grave et nécessairement désespéré de la malade autorisait toute espèce d'intervention.

Laparotomie avec toutes les précautions antiseptiques.

Incision médiane de 10 à 12 centimètres. Issue immédiate des anses qui sont difficilement maintenues. La main introduite dans l'abdomen ne rencontre pas d'autre obstacle qu'une masse considérable formée dans le flanc droit par la réunion d'anses intestinales accolées et agglutinées entre elles. A ce niveau, l'intestin ne se laisse pas attirer à l'extérieur et ne peut être dévidé.

Nulle part on ne rencontre de tumeur proprement dite; il n'y a pas de péritonite chronique cancéreuse ou tuberculeuse, comme on aurait pu le supposer. Du côté de l'utérus et des annexes, il n'y a aucune disposition anormale capable de faire obstacle au cours des matières.

Force me fut donc de refermer le ventre après avoir, dans la masse intestinale immobilisée dans le flanc droit, renversé de gauche à droite un certain nombre d'anses qui me paraissaient retournées sur elles-mêmes et dans lesquelles les gaz se mettaient à circuler après ce changement de situation. Ces anses présentaient déjà des lésions manifestes de péritonite.

La malade ne retira aucun bénéfice de notre intervention et succomba lentement, sans crises ni agonie, douze heures plus tard.

L'autopsie nous démontra que la manœuvre opératoire avait été loin d'être complète et qu'elle n'aurait pu du reste être accomplie sur le vivant; car, même sur le cadavre, la réduction fut laborieuse.

Il s'agissait d'une véritable torsion subie par le mésentère sur son axe, en vertu de laquelle les anses intestinales du côté droit s'étaient portées à gauche et en arrière. De nouvelles adhérences fixaient les parties dans ces rapports très difficiles à préciser, et une couche de péritonite adhésive immobilisait l'intestin dans cette situation anormale. Nulle part, l'étranglement n'était très serré et il n'y avait ni perforation ni gangrène.

Faudrait-il conclure de ces faits malheureux que nous avons eu tort d'intervenir et que la laparotomie est une mauvaise opération? Personne, je pense, ne serait tenté d'arriver à une pareille conclusion. Dans aucun de ces cas, l'intervention ne saurait être accusée de la terminaison fatale et dans tous elle était parfaitement justifiée.

Dans les observations où il s'agissait d'étranglement aigu par bride, nous avons obtenu tout ce que nous pouvions désirer : — découverte facile de l'obstacle au cours des matières, levée complète de l'agent d'étranglement, opération courte et sans aucun incident. Mais une fois nous opérions le septième jour et l'autre fois le cinquième jour, chez des malades épuisées par les souffrances et les vomissements, en état d'hypothermie (36°5), profondément atteintes dans leur vitalité. Ces deux malades, presque mourantes, ont continué à mourir. L'une succomba trente-six heures après l'opération, délivrée de ses douleurs et de ses vomissements, ayant eu une garde-robe spontanée, mais trop profondément atteinte dans sa vitalité pour se relever.

---

cernant à trente-huit physiciens, chimistes, naturalistes et même astronomes et agriculteurs. Rien de neuf. C'est le guide Joanne du visiteur de l'Ecole de pharmacie.

Devançant en quelque sorte la justice de la postérité et ramassant des matériaux pour l'histoire, M. le docteur Cuignet, médecin principal de l'armée, a consacré une brochure instructive à retracer l'œuvre humanitaire du docteur F.-C. Maillot en Algérie (1).

XVII, XVIII et XIX. — La Géographie Médicale ne saurait dans cette revue être tout à fait passée sous le silence.

Citons quelques travaux :

1° Le docteur Goldschmidt s'est occupé de l'île de Madère, considérée comme station d'hiver.

2° Le docteur Louis Companyo, ancien médecin principal de la Cie du canal maritime de Suez, a essayé dans un mémoire plein de renseignements, de poser, à l'occasion du percement de l'isthme de Panama, les bases d'une organisation sérieuse d'un service de santé (1).

3° Enfin, deux médecins grecs, le docteur Nicolas Parissis et le docteur Jean Tetzis ont publié une étude des plus complètes sur l'île d'Hydra au point de vue médical (2). Outre la partie technique (étude du sol, des eaux, du climat, de la faune et de la flore), on lira avec intérêt ce qui concerne l'industrie de la pêche des éponges et la description des maladies des plongeurs. Mais la partie la plus instructive de ce mémoire a trait à une maladie de la première enfance endémique à Hydra et à Spetzia, et que les habitants appellent le Tzanaki. Cette maladie, qui, avec des interruptions, dure un à deux ans, est des plus meurtrières (elle est mortelle 7 fois sur 10). Elle suit une marche insidieuse, et consisterait en

(1) In-8 de 30 pages. Paris, 1882. Aux bureaux de la GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE.

(1) *Projet d'organisation du service de santé de la Cie du canal interocéanique de Panama.* — In-8° de 137 pages, avec deux cartes. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) De l'île d'Hydra au point de vue médical et particulièrement du Tzanaki, maladie spéciale de l'enfance, et des maladies des plongeurs. — Paris, 1882. O. Berthier, in-8° de 150 pages.

Je ferai remarquer comme une circonstance encourageante que, malgré la date éloignée du début des accidents (7 jours), il n'y avait qu'une péritonite peu marquée et que ce n'est pas cette complication qui a déterminé la mort.

Dans le deuxième cas, l'évolution des accidents avait été plus rapide; au cinquième jour, au soir, la situation était tout à fait désespérée, alors que le matin elle ne paraissait pas compromise d'une manière absolue.

Je regrette et déplore vivement la temporisation qui fit perdre neuf heures avant mon arrivée; dans un étranglement interne datant de plusieurs jours, les moyens dits médicaux doivent absolument être proscrits; non seulement ils sont inutiles, mais encore ils sont dangereux. La douche rectale, l'électrisation, ajoutent de nouvelles douleurs aux douleurs si vives de l'affection primitive et précipitent le collapsus et l'hypothermie, et, à supposer que ces moyens amènent une débâcle, ils peuvent déterminer un épanchement stercoral dans l'abdomen, comme dans cette observation où les tuniques intestinales sphacélées se trouvaient réduites à la séreuse. J'en dirai autant des purgatifs qui ne font qu'augmenter les sécrétions intestinales et exagèrent encore les vomissements.

L'interprétation des signes et le diagnostic de la nature de l'obstacle étaient infiniment plus difficiles dans les deux derniers cas que j'ai rapportés.

Je rappelle qu'une fois (obs. III) il s'agissait d'une grossesse extra-utérine, *abdominale*, datant de sept ans, ayant déterminé une péritonite chronique avec adhérences intestinales qui furent cause de l'occlusion.

A propos de ce fait, M. Notta a bien voulu se livrer à quelques recherches bibliographiques et n'a découvert aucune observation analogue à la nôtre. Nulle part on ne trouve signalé un étranglement interne par grossesse extra-utérine; dans 114 observations réunies par M. Deschamps (1), cette complication n'a pas été signalée une seule fois et dans nombre de cas la laparotomie a été pratiquée sans qu'on ait fait à l'avance le diagnostic exact de la nature de la tumeur.

Je pensais qu'il s'agissait d'un volumineux fibro-myome utérin n'étant pas la cause directe de l'étranglement interne, mais ayant déterminé une péritonite chronique dont il était facile de retrouver les traces dans les antécédents de la malade et à laquelle l'arrêt des matières me paraissait devoir être attribué. Cette seconde partie du diagnostic était exacte: il ne s'agissait plus ici d'un étranglement par bride, par vive arête, mais d'adhérences multiples avec coudure de l'intestin engagé dans un orifice anormal. L'indication opératoire n'en restait pas moins nette en présence de la soudaineté et de l'intensité des accidents; ici, elle fut saisie et remplie en temps opportun. Au moment de l'intervention, l'état général de la malade était encore satisfaisant; quarante heures nous séparaient seulement du début des accidents.

Mais l'opération n'atteignit qu'une partie du but; à grand'peine et très heureusement elle permit d'enlever le kyste fœtal, de libérer l'intestin, de voir circuler les gaz dans le ventre avec la plus grande facilité; mais elle laissa subsister un deuxième obstacle siégeant très près de la terminaison de l'intestin grêle et dont la persistance entraîna la mort rapide de l'opérée.

Ici encore, on put constater l'absence complète de péritonite.

Pouvait-on faire le diagnostic de cette grossesse extra-utérine ancienne, datant de sept ans? Sans me lancer dans cette question, qui m'entraînerait dans de longs développements, je ferai ressortir quelques points importants dont il sera bon de tenir compte dans une circonstance analogue. Et d'abord, les renseignements précis de la malade qui racontait nettement que sept ans auparavant son ventre s'était tuméfié environ pendant un an et n'avait plus sensiblement augmenté depuis cette époque; que la palpation pratiquée alors avait fait sentir « un petit membre » derriere la paroi abdominale et que les médecins de son pays avaient cru à une grossesse; — ensuite, l'absence complète de métrorrhagies peu conforme au développement d'un myôme aussi volumineux; enfin (circonstance qui n'est pas notée dans l'observation et dont il n'a pas été tenu assez grand compte) l'issue spontanée par l'ombilic, quelques jours avant l'entrée à l'hôpital, d'une petite quantité de suppuration que l'on put encore constater au moment de l'examen. Dans quelques observations, cette tendance à l'issue par l'ombilic est notée dans la grossesse extra-utérine; elle nous fut expliquée par l'adhérence intime de la tumeur à la paroi abdominale et la présence dans son intérieur d'un liquide huileux qui avait pu s'échapper en faible quantité à travers la poche du kyste et la paroi de l'abdomen ulcérées.

Le dernier cas (IVe observ.) ne saurait être rapporté que

(1) Thèse de Paris, 1880.

une altération idiopathique de la qualité et de la quantité du sang, s'accompagnant de tuméfaction de la rate et « produisant le dépérissement et la corruption de l'organisme, l'hémodyalise, avec ses différents symptômes. »

Le carreau serait d'après MM. Parissis et Tetzis la seule maladie qui se rapprocherait du Tzanaki.

Ecrit en français, ce travail est d'une lecture assez facile, et, on le voit, il ne manque ni d'importance ni d'intérêt, car il révèle à un point de vue ignoré la vie médicale des insulaires voisins de l'Argolide. Le lecteur suit avec plaisir des guides aussi compétents.

Et dulces... reminiscitur Argos.

Dr Albertus.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour les clinicats de médecine, de chirurgie, d'ophthalmologie et des maladies du système nerveux s'ouvrira le lundi 9 juillet 1883.

***

Concours de l'agrégation. — L'épreuve orale est terminée; l'épreuve clinique a commencé par la section de chirurgie et d'accouchements le 15 mai. Les séances ont lieu à l'Hôtel-Dieu, à la Charité et à la Clinique d'accouchements.

***

Académie des sciences. — M. le docteur Martin-Damourette, dont nous avons récemment annoncé la mort, a légué à l'Académie des sciences une somme de 40,000 francs dont les arrérages devront être attribués à la fondation d'un prix annuel ou bis-annuel — selon que l'Académie en décidera — de physiologie thérapeutique. La nouvelle en a été donnée dans la séance du 14 mai de la docte assemblée.

***

Par arrêté du ministre de l'intérieur en date du 12 mai 1883, M. le docteur Lunier, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés, a été nommé inspecteur général honoraire.

— Par un autre arrêté portant la même date, M. le docteur Lunier a été spécialement chargé de l'inspection des services se rattachant à la protection des enfants du premier âge.

comme une curiosité pathologique. Cette torsion du mésentère, qui entraîne avec elle une partie des anses intestinales, ne saurait se traduire par aucun signe capable de la faire soupçonner; elle donna lieu à des phénomènes subaigüs d'occlusion intestinale simulant l'invagination ou les pseudo-étranglements des péritonites néoplasiques. Même par l'examen direct, une pareille disposition, masquée par la distension de l'intestin, ne saurait être que difficilement reconnue et encore plus difficilement corrigée.

En résumé, en ne tenant pas compte de ce cas exceptionnel qui déjoue tous les efforts diagnostiques et toutes les tentatives thérapeutiques, dans nos autres cas la laparotomie était absolument indiquée et justifiée par la nature des obstacles; elle a échoué deux fois par le retard apporté dans l'intervention, une fois par la persistance d'un second agent d'étranglement que rien ne pouvait faire prévoir après la levée du premier.

Aussi terminons-nous cet article comme nous l'avons commencé, en répétant que, dans la laparotomie pour l'étranglement interne, les éléments du succès résident dans l'*intervention précoce* et dans la *précision* du diagnostic de l'obstacle. Et si l'on s'étonne de me voir mettre en seconde ligne le diagnostic qui, en bonne logique, doit précéder l'intervention, je répondrai que, malheureusement encore dans nombre de cas, le diagnostic ne peut se faire que le bistouri à la main et qu'il faut courir au plus pressé, c'est-à-dire à la recherche rapide et à la levée d'un agent d'étranglement dont la nature et le siège ne peuvent pas toujours être reconnus à travers les parois de l'abdomen.

G. Bouilly.

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES

Tumeurs ovariques et ovariotomie. — Leçon de M. T. Gallard à l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillie par M. le docteur André Petit, ancien interne des hôpitaux, et revue par le professeur.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Tout d'abord une sonde fut introduite pour évacuer l'urine contenue dans la vessie et permettre le retrait de l'organe derrière le pubis; il s'écoula une faible quantité d'urine, mais dès que la sonde eut été retirée, une nouvelle miction spontanée se produisit; ce symptôme qui passa alors presque inaperçu, ou qui, du moins, n'éveilla pas d'une façon spéciale la sollicitude des opérateurs, reçut son interprétation plus tard, quand on constata la disposition particulière de la vessie. La malade fut plongée dans le sommeil chloroformique, et M. Pozzi procéda à l'opération, sans qu'il fût fait de pulvérisations phéniquées dans l'atmosphère de la salle, pratique à laquelle il n'a jamais eu recours et que des chirurgiens, de plus en plus nombreux, abandonnent aujourd'hui.

L'incision fut pratiquée couche par couche sur la ligne blanche : elle avait environ dix centimètres de longueur et aboutissait à un travers de doigt au-dessus du pubis; son extrémité supérieure remontait jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Le fascia transversalis étant incisé sur la sonde cannelée, on arriva sur une sorte de repli membraneux occupant presque toute l'étendue de l'incision et s'élevant par conséquent jusqu'au voisinage de l'ombilic; la nature véritable de ce repli paraissait difficile à déterminer; ce n'était pas une anse intestinale, il est peu probable que ce fut la vessie à un pareil niveau, les trois chirurgiens présents admirent, d'un commun accord, qu'il s'agissait là vraisemblablement d'une production néo-membraneuse, vestige d'une inflammation ancienne, et que l'on pouvait ne pas s'en préoccuper davantage. On incisa donc ce repli couche par couche dans la partie supérieure de l'ouverture abdominale, et l'on arriva ainsi sur la séreuse péritonéale distendue par l'épanchement enkysté; la ponction pratiquée avec un gros trocard donna issue à dix litres environ d'un liquide brunâtre offrant l'aspect de café dilné; une notable partie de ce liquide s'écoula au dehors librement, autour du trocart, par une déchirure de la séreuse; il n'y avait pas à craindre dans ce cas la pénétration d'une certaine quantité de liquide dans la séreuse péritonéale, car l'épanchement était tout entier situé dans la cavité de cette séreuse et constituait *une ascite symptomatique de tumeurs solides des deux ovaires*. En effet, on percevait par l'ouverture faite au péritoine deux tumeurs en chou-fleur émergeant du petit bassin.

Après avoir retiré le trocart, on compléta avec de forts ciseaux l'incision du péritoine vers la partie inférieure. Dans cette manœuvre, on ne se préoccupa aucunement du repli membraneux dont nous avons parlé, et il fut sectionné largement.

On put alors reconnaître distinctement, de chaque côté de l'utérus, la présence de deux tumeurs du volume du poing environ, de coloration rosée, hérissées de végétations en chou-fleur, occupant très exactement la place des ovaires et présentant, en divers points, une surface lisse et une consistance fluctuante. En explorant leur contour avec la main, on déterminait, au niveau des végétations qui les surmontaient, une exhalation sanguine assez abondante; elles étaient libres de toute adhérence, sauf à la base nettement pédiculée. On pratiqua l'excision de ces tumeurs après avoir passé à travers chaque pédicule un double fil de soie dont les chefs furent enchevêtrés et liés deux à deux, de manière à étreindre en deux segments l'épaisseur du pédicule. Du côté gauche, on dut faire une ligature isolée, supplémentaire, en un point de la surface de section du pédicule où s'écoulait un peu de sang par l'orifice encore béant d'une grosse veine. Tous les fils furent coupés ras au-dessus d'un double nœud.

De quelle nature étaient les deux tumeurs qui venaient d'être enlevées? Quels étaient leurs caractères macroscopiques, leur texture histologique? — Celle de gauche, plus volumineuse, présente encore, après macération dans l'alcool, 18 centimètres de longueur sur 15 de largeur; celle de droite, un peu plus petite, offre une longueur de 15 centimètres et une largeur de 12. Elles paraissent formées par une série de petits kystes agglomérés, mais, sur certains points, existent des amas de villosités non contenues dans les kystes, de véritables végétations faisant saillie au-dessus de la surface de la tumeur. Dans les diverses petites poches kystiques, on trouve un liquide tantôt jaunâtre ou grisâtre, tantôt visqueux, épais, et offrant même en quelques points l'aspect d'une masse gélatineuse; sur les parois des kystes, on retrouve des bourgeons charnus analogues aux villosités de la surface. Le liquide est contenu dans des espaces aréolaires, limités le plus souvent par des parois incomplètes, sortes de travées fibreuses donnant à la masse une disposition assez semblable à celle d'une éponge. Les végétations offrent à la coupe un tissu mou, blanc-grisâtre, soutenu par quelques filaments fibreux très friables.

L'examen histologique a permis de constater qu'an-dessons de la membrane d'enveloppe, formée de faisceaux parallèles de tissu lamineux, partent des travées conjonctives limitant des espaces lacunaires qui renferment des cellules granuleuses ou de simples granulations. A un plus fort grossissement, on voit qne les villosités, situées en divers points de la masse, apparaissent comme des bourgeons épithéliaux formés de cellules cylindriqnes juxtaposées. Cet examen, pratiqué avec le plus grand soin par mon interne M. Gendron, permet de classer ces tumeurs parmi les kystes prolifères de Malassez, intermédiaires entre les tumeurs composées d'épithélium normal en prolifération et celles qui sont constituées par des cellules épithéliales pathologiqnes. Le groupement que présentent les cellules cylindriques dans les tumeurs développées chez notre malade se retrouve principalemeut au niveau de certaines glandes, la mamelle, l'ovaire, le testicule; ce groupement est d'ailleurs différent dans l'épithélioma de la face.

Résulte-t-il de là que nous soyons à coup sûr en présence de tumeurs de nature béuigne, ou, au contraire, de productions ayant un caractère évident de malignité et devant récidiver d'une façon certaine? — Chez une autre malade, opérée également par M. Pozzi, et dont je vous ai parlé déjà au sujet du diagnostic de la lésiou abdominale, l'exameu microscopique, pratiqué par M. Malassez, avait fourni des résultats à peu près identiques à ceux que je viens de vous faire connaître et avait autorisé le diagnostic d'*épithélioma mucoïde;* or cette femme a complétemeut guéri. La similitude est jusqu'ici complète avec notre malade, puisqu'elle aussi a pu guérir, ainsi qu'il vous a été donné de le constater par vous-mêmes la semaine dernière.

S'agit-il, dans le cas qui nous occupe, d'un cancer? Je ne saurais affirmer que ce n'eu est pas un; les tumeurs dout je vous ai donné la description ressemblant par plusieurs points au cancer colloïde. Dans la plupart des faits analogues, il n'y a pas eu de récidive ni de généralisation; cependant Spencer Wells a rapporté un cas de récidive dans la cicatrice, qui nous oblige à faire quelques réserves au point de vue du pronostic.

Revenons, messieurs, à l'opération dont la relation s'est trouvée interrompue par l'étude anatomo-pathologique que nous venons de faire relativement aux tumeurs ovariques excisées chez notre malade.

Dans tous les cas de ce genre, il faut se préoccuper très attentivement de ne laisser dans le péritoine aucune trace d'épanchement sanguin ou de liquide irritant quelconque, pouvant amener le développement plus ou moins rapide d'accidents inflammatoires; c'est dans ce but que l'on procède avec le soin le plus minutieux à la *toilette* du péritoine. Il est tellement important de ne pas abandonner dans la séreuse des liquides pouvant subir des phénomènes de putridité que Kœberlé, dont la compétence est si grande en pareille matière, n'hésitait pas, lorsque apparaissaient, dans les premiers jours après l'opération, des symptômes alarmants, à enlever les sutures pour aller nettoyer avec graud soiu le péritoiue.

Chez notre malade, M. Pozzi craignant une exhalation séro-sanguinolente de la séreuse, depuis longtemps habituée à sécréter, ou même de la surface de section assez considérable des deux pédicules, eut recours à un moyeu hardi pour assurer l'écoulement des liquides qui auraient pu stagner dans le cul-de-sac recto-utériu: il se décida à drainer ce cul-de-sac au moyen d'un gros tube de caoutchouc. Cette petite opération fut reudue assez difficile par l'adhérence, en arrière de l'utérus, d'une anse iutestinale que dût contourner le trocart conduit sur le doigt; les deux chefs du drain ainsi placé sortaient d'une part par la vulve, de l'autre par la plaie abdominale an-dessus du pnbis.

Avant de suturer l'abdomen, on voulut s'assurer de la nature du repli membraneux dont je vons ai déjà entretenu, et qui avait été, en dernier lieu, largement sectionné. On retrouva facilement les deux lèvres de l'incision, et, en les écartant, on arriva dans une cavité lisse, admettant la main tout entière, et qui n'était autre qne la vessie dont le sommet, dilaté et allongé en un diverticule allant presque jusqu'à l'ombilic, avait été fixé par des adhérences derrière la paroi abdominale. On s'expliqua dès lors aisément pourquoi le cathétérisme évacuateur avait été suivi de l'issue spontanée d'une certaine quantité d'urine, le diverticule vésical s'étant vidé seul après que l'on eut retiré la sonde; c'était ce diverticule qui s'était présenté à l'instrument tranchant sous la forme de ce pli membraneux sur la nature duquel les opérateurs avaient hésité quelque temps.

C'était là une complication d'une certaine importauce, mais qui ne présentait pas cependant une gravité extrême et ne comportait pas à coup sûr un pronostic fatal. Spencer Wells a relaté un cas dans lequel, au cours de l'opération, il pratiqua au rectum une boutonnière de deux centimètres et demi d'étendue; il sutura cette plaie intestinale avec du catgut et la malade guérit sans accidents.

M. Pozzi résolut de refermer exactement du côté des parties profondes la plaie des parois vésicales, tout en la laissant béante largement à l'extérieur et en facilitant l'écoulement de l'urine au dehors à l'aide d'un double siphon. Dix points de suture en catgut furent jetés sur la partie postérieure de la plaie vésicale, et on laissa subsister en avant une ouverture suffisante pour admettre deux doigts. Avant d'y placer deux gros tubes en caoutchouc adossés, on réunit par quatre points de suture métallique les lèvres de la plaie vésicale, laissée intacte, à celles des parois abdominales.

On sutura ensuite suivant les règles ordinaires l'incision de l'abdomen, et l'on appliqua le pansement de Lister. On s'était, d'ailleurs, préalablement assuré par une injection d'eau pratiquée dans l'un des tubes, du fonctionnement régulier du siphon vésical, dont les branches passaient sous l'appareil de pausement et plongeaient à l'extérieur dans un vase: un demi litre d'urine s'écoula par cette voie durant la journée.

Le soir, le pouls battait 120 fois par minute et la température avait atteint 40o.

Le lendemain matin, 28 décembre, après une nuit passée presque sans sommeil, la température était de 38o,4, et le pouls à 108. On pratiqua dans la vessie une injection avec une solution d'acide borique (1 gr. 50 pour un litre d'eau); elle ressortit limpide par le siphon. Le drain vaginal n'avait fourni aucun écoulement de liquides. L'urine était un peu trouble, mais la malade n'éprouvait pas de dégoût pour les aliments; on lui donna du lait et du vin de Champagne.

Le lendemain une injection boriquée, faite par le tube vagino-péritonéal, ressortit sans entraîner aucun liquide suspect; il n'existait donc pas de sécrétion péritonéale inquiétante et l'on enleva le drain. On renouvela le pansement le jour suivant, et le 31 décembre, quatre jours après l'opération, on enleva deux des fils de la suture abdominale; les autres fils furent retirés le 2 janvier.

A ce moment on se préoccupa de faire uriner la malade par

l'urèthre et, dans ce but, on plaça une sonde molle à demeure; elle fut assez mal supportée, l'urine devint légèrement louche et il se produisit un peu de cystite. On supprima les deux tubes composant le siphon vésical, mais la malade, incommodée par la présence de la sonde dans l'urèthre, la retira malgré les recommandations formelles qui lui avaient été adressées à cet égard. Elle resta ainsi pendant trois jours, l'écoulement de l'urine ayant lieu d'une façon continue par la fistule hypogastrique.

La température, qui était descendue à 37°, remonta rapidement jusqu'à 39°,3; la sonde à demeure fut replacée de nouveau, et cette fois tolérée plus facilement. La température resta élevée encore pendant quelques jours, et l'état général moins satisfaisant que dans la première semaine du mois de janvier; cependant, vers le 19 janvier, les phénomènes de cystite s'amendèrent progressivement, les accidents fébriles disparurent, l'appétit se montra de nouveau, et la malade, qui se levait plusieurs heures par jour, commença à pouvoir uriner spontanément par l'urèthre; la fistule hypogastrique s'était d'ailleurs peu à peu rétrécie et n'admettait plus qu'un stylet de petites dimensions. Cette fistule persistera-t-elle? Il est permis d'espérer qu'elle s'oblitérera d'elle-même, ou qu'une opération de peu d'importance en amènera la complète cicatrisation. Dans tous les cas, même en admettant que la malade conserve cette petite infirmité, elle devra néanmoins s'estimer heureuse d'être débarrassée à ce prix de l'affection grave et dangereuse pour laquelle elle avait dû réclamer nos soins. Nous pouvons donc, messieurs, considérer cette femme comme guérie; vous l'avez vue, il y a huit jours, lorsqu'elle est venue de la Salpêtrière à l'Hôtel-Dieu pour vous permettre de constater l'état satisfaisant dans lequel elle se trouve; vous avez pu remarquer que, pâle et amaigrie à coup sûr, elle présente cependant un aspect rassurant; sa nutrition se fait régulièrement et tout, chez elle, indique le retour prochain à la santé parfaite (1).

J'ai voulu m'assurer par le toucher de l'état des organes génitaux; je n'ai pu retrouver aucune trace de la petite plaie pratiquée dans le cul-de-sac postérieur pour le passage du drain péritonéo-vaginal; à cela, du reste, rien de surprenant, car vous savez avec quelle facilité le vagin se cicatrise d'une façon parfaite, surtout lorsqu'il s'agit, comme dans le cas actuel, d'une simple ponction. L'utérus est resté fixé, par des adhérences anciennes, dans la position où nous l'avions constaté lors de notre premier examen, derrière la branche horizontale du pubis du côté droit.

L'état de l'utérus ne présente d'ailleurs chez cette femme qu'un intérêt secondaire, puisqu'elle a dépassé l'âge de la ménopause et que toute trace de menstruation avait disparu chez elle depuis près de quatorze ans. C'est là du reste une condition regrettable au point de vue scientifique; il eût été intéressant, en effet, de noter dans ce cas le retour ou la cessation définitive de la menstruation après l'ablation des deux ovaires; on aurait pu, d'ailleurs, si les règles avaient reparu, se demander si quelque portion du parenchyme ovarique n'était pas restée au niveau du pédicule dans l'abdomen, et ne produisait pas, comme conséquence normale de la ponte ovulaire persistante, l'excitation et la congestion utérine d'où résulte l'hémorrhagie menstruelle.

(1) Au commencement de mars M. Pozzi a pratiqué l'avivement et la suture entortillée de l'orifice fistuleux; l'opération a été suivie de l'emploi rigoureux de la sonde à demeure. La guérison, quelques jours retardée par une promenade intempestive de la malade, est complète et ne s'est pas démentie depuis cinq semaines. Il ne persiste aucun trouble de la miction. Une légère éventration hypogastrique est parfaitement combattue par une ceinture. La malade a repris toute sa santé et toute sa vigueur passées.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. TRANSPLANTATION DE MORCEAUX D'ÉPONGE, APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES PLAIES, par T. SANCTUARY et par FERGUSON (1). — II. MODIFICATION DANS L'EMPLOI TOPIQUE DE L'ACIDE CHRYSOPHANIQUE, par FOX (2). — III. ADMINISTRATION DU NITRITE D'AMYLE PAR LA VOIE SOUS-CUTANÉE, par BARNES (3). — IV. EMPLOI DE L'ERGOT DE SEIGLE POUR PRÉVENIR LES TROUBLES DE L'OUÏE CONSÉCUTIFS A L'ADMINISTRATION DU SALICYLATE DE SOUDE ET DU SULFATE DE QUININE, par F. SCHILLING (4).

Dans le journal de médecine d'Edimbourg (1er nov. 1882), le professeur Hamilton avait décrit sous le nom de *sponge-grafting* (greffe de fragments d'éponges), un nouveau mode de traitement de certaines plaies. Voici en quoi consiste la chose: de petits morceaux d'éponge sont imbibés d'un mélange d'acide azotique et d'acide chlorhydrique dilués; on les lave ensuite avec une solution ammoniacale et on les conserve dans une solution d'acide phénique à 5 0/0. S'agit-il d'obtenir la cicatrisation d'une plaie anfractueuse, on la comble avec ces petits morceaux d'éponge, on fixe par-dessus une feuille de gutta-percha et de lint. Au bout de quelque temps, les fragments d'éponges se trouvent enserrés dans les granulations qui bourgeonnent à la surface de la plaie; ils sont résorbés à la longue, tandis que l'excavation primitive est comblée par du tissu cicatriciel.

M. Sanctuary a modifié légèrement ce procédé: une éponge très fine, soumise à la cuisson pendant plusieurs heures dans de l'acide chlorhydrique étendu, est ensuite déposée dans une solution alcaline de créosote pendant une demie journée. Au moment de s'en servir pour un pansement, on découpe l'éponge en lamelles très minces, avec lesquelles on remplit l'excavation de la plaie après avoir lavé celle-ci avec la solution alcaline créosotée. Le tout est ensuite recouvert d'une feuille de gutta-percha, sur laquelle il faut faire agir une pression continue, afin que les granulations venant à se former à la surface de la plaie ne poussent pas devant elles les fragments d'éponge. Ces derniers adhèrent intimement à la plaie déjà au bout de trois ou quatre jours. La cicatrisation marche avec rapidité, quoique le pansement laisse dégager une légère odeur de putréfaction.

M. Fergusson a modifié le procédé de Hamilton en ce sens que, sitôt que les lamelles d'éponge se trouvent prises dans la plaie en voie de cicatrisation, il les coupe à ras de peau. Les résultats de son observation sont également très favorables à ce nouveau mode de pansement, qui se trouve indiqué surtout dans les cas de plaies anfractueuses et torpides.

— Nous avons parlé autrefois des applications qui ont été

(1) THE BRIT. MEDIC. JOURNAL, 1882, n° 2,146 et AERTZL. INTELLIGENZBLATT, 1883, n° 4.
(2) THE LONDON MEDIC. RECORD, 1882.
(3) THE BRIT. MEDIC. JOURNAL. 1882.
(4) AERTZL. INTELLITENZBLATT, 1883, n° 3.

faites de l'acide chrysophanique au traitement de certaines affections de la peau. Cette substance manifeste une grande efficacité contre des dermatoses, le psoriasis, par exemple, qui se montrent rebelles aux ressources ordinaires de la thérapeutique cutanée. Mais l'emploi de l'acide chrysophanique présente aussi des inconvénients très graves, qui l'ont fait abandonner bientôt pour l'acide pyrogallique, moins efficace, mais d'un maniement plus sûr. L'acide chrysophanique, tout d'abord, communique une teinte verdâtre aux appendices pileux des régions de la peau avec lesquelles il vient en contact; il diffuse dans les parties avoisinantes, en donnant naissance à des dermatites œdémateuses qui peuvent avoir des conséquences très graves à la face, dans le voisinage des yeux; c'est, de plus, un produit d'un prix de revient assez élevé, et son emploi est rendu plus coûteux encore en raison de ce fait que l'acide chrysophanique corrode le linge et y laisse des taches indélébiles.

Pour atténuer ces inconvénients, M. Fox, dans les cas de psoriasis, procède de la façon suivante : Les malades sont mis au bain et frictionnés avec de l'eau de savon ; on enlève ainsi les squames aux parties envahies par le psoriasis. On applique ensuite sur ces mêmes régions la bouillie épaisse qu'on obtient en mélangeant l'acide chrysophanique avec un peu d'eau; au bout de une à deux minutes, quand la masse s'est desséchée, on applique par-dessus la couche ainsi formée une couche de collodion, ou encore une feuille de gutta-percha, qu'on fait adhérer sur place en promenant sur les bords de sa face profonde un pinceau trempé dans du chloroforme.

Il est possible que de cette manière on réussisse à circonscrire l'action irritante de l'acide chrysophanique, mais on n'empêche certes pas cette substance de produire aux points d'application. cette teinte verdâtre qui, lorsqu'elle siège aux parties exposées à la vue, sera pour le malade une source de désagréments.

— Le nitrite d'amyle trouve place à côté des substances enivrantes et anesthésiques; c'est de plus un médicament vasculaire puissant. A la dose de quelques gouttes, il produit une dilatation des vaisseaux qui commence à l'extrémité céphalique pour gagner peu à peu le tronc. C'est à ce titre que le nitrite d amyle a été utilisé jusqu'ici en thérapeutique contre certaines affections angiospastiques, on présumées telles, contre l'hémi-crânie, contre l'épilepsie, l'amaurose, les troubles hystériques liés à un spasme des vaisseaux, contre l'angine de poitrine, etc. A la dose de 2 à 4 gouttes, en inhalations, le nitrite d'amyle produit un relâchement vasculaire immédiat, avec abaissement de la pression sanguine, et souvent des effets thérapeutiques aussi prompts que remarquables. Mais c'est un agent d'un maniement dangereux, et cette circonstance nous explique pourquoi son emploi s'est jusqu'ici si peu répandu.

M. Amez Droz, auteur d'une excellente thèse (1873) sur le nitrite d'amyle, affirmait que les effets de cette substance sont beaucoup moins marqués, on nuls, lorsqu'elle est incorporée par la voie sous-cutanée.

M. Barnes vient soutenir le contraire. En injectant sous la peau quinze gouttes d'une solution de nitrite d'amyle à 10 pour 100, il prétend avoir obtenu les mêmes effets physiologiques qu'au moyen des inhalations. Ce mode d'administration lui a surtout donné de bons résultats dans des cas de lumbago aigu (guérison instantanée), dans des cas de viscéralgies, et aussi pour réveiller les contractions défaillantes du cœur dans des cas de syncope imminente avec faiblesse ou arrêt des mouvements respiratoires. Cette dernière application paraît peu justifiée, lorsqu'on se rappelle que le danger de l'emploi du nitrite d'amyle réside précisément dans l'action dépressive que cette substance exerce sur le cœur!

— Chez trois malades affectés de rhumatisme articulaire aigu, M. Schilling a vu l'administration prolongée du salicylate de soude (7 à 10 grammes par jour, 60 à 90 grammes en tout) occasionner des troubles durables de l'ouïe ; le tympan était épaissi, d'un aspect trouble. Un quatrième malade, qui avait pris deux jours de suite une dose massive de 2 grammes de sulfate de quinine, devint sujet aux bourdonnements d'oreille avec dureté de l'ouïe.

Il n'est pas rare que l'administration de fortes doses de sulfate de quinine ou d'acide salicylique entraîne des troubles, le plus souvent passagers, du côté de l'ouïe; ces troubles sont attribués à une hyperémie d'origine vaso-paralytique. Pour prévenir la paralysie vasculaire qui occasionne cette hyperémie, M. Schilling a eu l'idée d'associer le seigle ergoté au salicylate de soude et au sulfate de quinine. Il prescrivait par exemple une potion comprenant :

Seigle ergoté............	10 grammes.
A faire infuser dans eau.	180 —
Le tout additionné de :	
Salicylate de soude......	10 —
Cognac...................	40 —

A prendre par cuillerées à bouche toutes les heures.

Ou encore :

Ergotine..................	1 gramme.
Salicylate de soude.......	10 —
Eau.......................	180 —

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Sur 87 malades qui ont pris du salicylate sous cette forme, les trois quarts n'ont pas éprouvé le moindre bourdonnement d'oreille; de même, neuf autres qui ont pris du sulfate de quinine mélangé avec du seigle ergoté (1 gr.50 pour 1 gramme de quinine) ou avec de l'ergotine à parties égales.

Cette association du seigle ergoté et du sulfate de quinine serait apte également à prévenir l'amblyopie qui se montre quelquefois à la suite de fortes prises de quinine (1).

E. Ricklin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mai 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend : 1° une lettre du ministre de l'instruction publique transmettant l'acceptation du legs de Mme Louis; 2° un rapport sur les vaccinations et revaccinations opérées au 79e de ligne en 1883, par M. le docteur Lallemand ; 3° un rapport sur les revaccinations faites à l'hôpital de Médéah en 1881, 1882 et 1883 ; 4° une note manuscrite sur les poudres de viande, par M. Husson (de Toul) ; 5° un mémoire sur les indications et les contre-indications de la médication de Bourbonne dans le traitement des tumeurs blanches, par M. le docteur Malbout.

(1) Voir : Gazette Médicale 1882. N° 27, p. 335.

— M. Bourdon communique une observation d'*atrophie du cerveau consécutive à l'amputation d'un membre*. Il s'agit d'un ancien militaire qui avait subi, il y a quarante ans, la désarticulation du bras gauche et qui est mort en trente-six heures d'une congestion méningo-encéphalique. Jusque-là aucun accident cérébral; néanmoins, dans les dernières années, la jambe correspondant au bras amputé s'était peu à peu paralysée.

A l'autopsie on trouve, sur l'hémisphère droit du cerveau, un affaissement notable de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante. Le même affaissement se remarque sur le lobule paracentral et sur la crête de l'hémisphère. Le ventricule latéral du même côté est considérablement agrandi, surtout au niveau de la circonvolution affectée, ce qui dénote une atrophie très étendue de la substance blanche sous-jacente. Le corps strié voisin présente une dépression à sa partie moyenne et la couche optique est légèrement aplatie dans le sens vertical.

Des coupes de la protubérance et du bulbe permettent de constater que le raphé médian est dévié à droite et que la substance nerveuse de ce côté est très notablement atrophiée. L'hémisphère droit pèse 31 grammes de moins que le gauche.

Ce fait doit donc être ajouté aux six autres que M. Bourdon a déjà réunis dans son Mémoire sur les centres moteurs des membres. Il démontre, comme eux, que l'amputation d'un membre amène, par suite du défaut d'activité fonctionnelle, une atrophie de la partie supérieure de la zone motrice de l'écorce cérébrale. Il prouve de plus que cette lésion peut s'étendre secondairement aux parties centrales du cerveau et jusqu'à la moelle allongée. Une pareille extension n'avait pas encore été signalée dans les cas analogues.

Un fait nouveau ressort de cette observation, c'est l'apparition de la paralysie de la jambe du même côté que le bras amputé. M. Bourdon se demande si cette paralysie ne doit pas être attribuée à la propagation de l'atrophie qui, dans sa marche envahissante, peut avoir atteint de proche en proche les cellules et les fibres nerveuses qui régissent les mouvements du membre correspondant au côté mutilé.

— M. Gariel présente quelques considérations relatives à la communication faite dans la séance du 17 avril par M. Giraud-Teulon.

— M. Lagneau offre à l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Du dépeuplement, de la décroissance de la population de certains départements de France.* Malgré l'accroissement, d'ailleurs minime, de notre population en général, 26 de nos départements, de 1836 à 1881, ont vu leur population partielle décroître de 7.05 pour 100. Ce sont les départements des Basses-Alpes, de l'Orne, de l'Eure, de la Haute-Saône, du Calvados, de la Manche, du Tarn-et-Garonne, du Gers, de Lot-et-Garonne, du Cantal, du Jura, de la Meuse, de l'Ariège, des Hautes-Alpes, de la Sarthe, de la Mayenne, du Puy-de-Dôme, des Hautes-Pyrénées, des Basses-Pyrénées, du Lot, d'Eure-et-Loir, des Vosges, de Vaucluse, de la Côte-d'Or, de la Haute-Marne, de la Somme.

Sur ces 26 départements, 8 seulement avaient présenté un excédant de la mortalité sur la natalité, 25 présentent un excédant de l'émigration sur l'immigration. Cet excédant tient principalement à l'abandon de ces départements par les ruraux se portant vers les grandes villes.

Au point de vue démographique, ce déplacement de la population est éminemment regrettable, car, dans les centres urbains, la natalité, et surtout la natalité légitime, est faible, et la morbidité et la mortalité sont considérables. Ce déplacement des ruraux vers les villes n'est que trop souvent favorisé par des emprunts des budgets municipaux exagérés, par des travaux publics nombreux, par des salaires très élevés.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la section d'hygiène et de médecine légale sur les titres des candidats à la place vacante dans cette section. Le classement des candidats est dans l'ordre suivant : 1° M. Lunier; 2° M. Vallin; 3° M. Ollivier; 4° Motet; 5° M. Legrand du Saulle; 6° M. Mauriac; candidat adjoint par l'Académie : M. Napias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mai 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Larger, à propos du rapport de M. Chauvel sur un nouveau bandage pour les fractures de la clavicule, indique un bandage dont il se sert pour maintenir le membre supérieur. Selon lui, l'écharpe de Mayor a l'inconvénient de conserver toujours une certaine laxité à sa base. Le bandage dont se sert M. Larger consiste dans une simple serviette qu'il fixe en avant et en arrière aux bretelles du pantalon; il ramène ensuite la partie inférieure de la serviette sur le bras maintenu dans la position que l'on veut lui donner, et il fixe de nouveau le haut de la serviette à la partie supérieure des bretelles. De cette façon, le bras est maintenu et le bandage ne peut pas se déplacer.

Influence des traumatismes sur les diathèses. — M. Verneuil vient répondre aux objections qui lui ont été faites. Il commence un discours qu'il terminera dans la prochaine séance, et dont nous donnerons le résumé dans notre prochain compte rendu.

— Traitement du pédicule dans l'hystérectomie. — Communication de M. Terrillon : J'ai fait l'an dernier une histérectomie et j'ai traité le pédicule par la méthode indiquée par Schroeder. C'est, à mon avis, une méthode qui peut rendre de grands services. Elle consiste à faire dans l'épaisseur de l'utérus une section en forme de V, de façon à avoir deux lambeaux qui peuvent se réunir sur toute leur surface. De cette façon, toute la surface de section de l'utérus se continue avec la muqueuse du corps et est ainsi en communication avec le vagin. Pour éviter les chances d'infection que fait naître ce procédé, on a conseillé de faire des sutures profondes pour empêcher les liquides utérins de monter par capillarité au contact de la plaie. C'est la méthode que j'ai employée et qui est opposée à la méthode ancienne, où l'on se sert de broches et de fils de fer et où l'on garde le pédicule au dehors; cette dernière méthode tend à être abandonnée de plus en plus par les chirurgiens.

Entre ces deux méthodes, il y en a une intermédiaire qui consiste à chercher à faire un pédicule sans le fixer en dehors du péritoine. Mais il y a un inconvénient, c'est que, malgré la constriction forte que l'on exerce sur l'utérus, le tissu de cet organe se tasse peu à peu, le lien se desserre, et il peut survenir des hémorrhagies mortelles.

La méthode de Schroeder met à l'abri de l'hémorrhagie; elle met en contact les surfaces saignantes et elle empêche ainsi le suintement de se faire dans le péritoine.

Pour faire l'opération, on pose d'abord sur l'utérus une ligature qui permet de faire l'opération à blanc, comme dans la méthode d'Enmarck, on enlève ensuite cette ligature et avant de refermer la plaie abdominale on s'assure qu'il n'y a pas d'hémorrhagie.

J'ai employé cette méthode chez une femme de quarante-quatre ans qui avait une tumeur fibreuse très volumineuse de l'utérus. Les suites de l'opération ont été très bénignes et la guérison rapide.

M. Lucas-Championnière n'est pas d'avis d'abandonner complètement l'ancienne méthode du pédicule en dehors; elle est encore très employée et peut rendre de grands services.

Si la constriction que l'on fait sur l'utérus cède parfois, cela tient à ce que l'on ne fait que deux nœuds sur le fil, et, pour éviter ce relâchement, il faut en faire trois ou quatre. Mais quand on rentre le pédicule, le procédé que vient d'indiquer M. Terrillon est le seul admissible; seulement la ligature préalable à la base de la tumeur est une complication qui allonge l'opération et masque l'écoulement sanguin. En allant vite et avec des pinces, on évite aussi bien et même mieux l'hémorrhagie.

M. Polaillon se demande si ce procédé est applicable dans tous les cas et s'il est bien sûr contre l'hémorrhagie.

Il ne pense pas que les sutures multipliées, comme les emploie M. Terrillon, soient suffisantes pour oblitérer les grosses artères de l'utérus.

Dr Henri Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 avril 1883. — Présidence de M. Millard.

Rétrécissement primitif de l'œsophage. — M. Debove fait une longue communication qui peut se résumer ainsi : Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, entré à Bicêtre le 18 novembre 1882 pour un rétrécissement de l'œsophage, dont le début remonte à plus de dix ans. Cette maladie a présenté deux périodes distinctes : la première (jusqu'en 1878) a été caractérisée par des vomissements de sang et une dysphagie due surtout à la douleur; la seconde, par une dysphagie due surtout à un rétrécissement qui l'obligeait à se nourrir d'aliments liquides. Dans cette seconde période, il se nourrissait du lait, il n'avait aucune douleur; s'il prenait des aliments solides et qu'ils ne fussent pas absolument réduits en bouillie, il les rendait très rapidement par régurgitation.

On ne peut évidemment admettre ici ni rétrécissement cancéreux, ni un rétrécissement d'origine traumatique, ni même un rétrécissement syphilitique. Le diagnostic rétrécissement cancéreux n'est pas soutenable, puisqu'il s'agit d'une maladie datant de dix ans. Mais si cette difficulté n'existe pas pour nous, nous devons convenir qu'elle était bien grande pour les médecins qui ont assisté au début des accidents. Il n'y a eu ni traumatisme ni ingestion de potasse caustique; le malade, qui n'a aucun intérêt à nous tromper, est à cet égard très affirmatif. La syphilis est plus douteuse; notre malade a eu un chancre mou avec bubons suppurés; en dehors de cela, aucun accident, aucune éruption, pouvant faire croire à l'existence d'une infection vénérienne. L'hypothèse la plus probable nous paraît être celle d'un ulcère simple primitif de l'œsophage ayant amené un rétrécissement. La première période de dysphagie douloureuse correspondrait à la période d'ulcération; la seconde, de dysphagie par rétrécissement, à la période cicatricielle. Les vomissements noirs tenaient à ce que le sang de l'ulcère pénétrait dans l'estomac, puis, altéré par le suc gastrique, était rejeté par vomissement Il se produisait à la première période des crises douloureuses produites par le passage des aliments, crises qui ne se sont plus reproduites a une époque ultérieure, lorsqu'il n'existait plus qu'une dysphagie par rétrécissement.

L'ulcère de l'œsophage n'est pas décrit dans les livres classiques : Rokitansky le mentionne, Cruveilhier n'en parle pas, et les observations, pour la plupart anciennes, peuvent être discutées; peut-être s'agissait-il de tumeurs cancéreuses ulcérées. On ne peut en dire autant des observations rapportées par Quincke, dans lesquelles l'autopsie fut faite par Langhans, c'est-à-dire dans des circonstances qui rendent une erreur peu vraisemblable. Les deux premières observations de Quincke ont trait à des femmes cancéreuses qui, peu de temps avant leur mort, eurent des vomissements noirs; on admet qu'il s'agissait de tumeurs secondaires développées dans l'estomac. A l'autopsie, cet organe fut trouvé sain; la partie inférieure de l'œsophage présentait au contraire des ulcérations non cancéreuses qui seules pouvaient expliquer les hémorrhagies observées.

Pour expliquer ces ulcérations Quincke admet qu'elles sont dues à une action du suc gastrique sur l'œsophage. Il nous paraît difficile d'admettre (surtout quand il s'agit d'ulcères éloignés du cardia) que le suc gastrique pénètre dans l'œsophage et y produise des ulcérations par un processus analogue à celui invoqué pour expliquer l'ulcère de l'estomac. Chez notre malade la seule cause qui peut être invoquée, est l'alcoolisme qui s'est même traduit par des accidents nerveux d'une grande gravité. La troisième observation de Quincke est encore plus intéressante pour nous, parce qu'il s'agit d'un rétrécissement de l'œsophage avant eu vraisemblablement un ulcère simple pour point de départ. A l'autopsie, dit l'auteur, au lieu d'un carcinome, on trouva dans la partie inférieure de l'œsophage une cicatrice qui dépendait vraisemblablement d'un ulcère antérieur. Le rétrécissement avait amené une hypertrophie de la tunique musculaire qui, jointe à la tuméfaction catarrhale de la muqueuse, avait produit un second rétrécissement.

Si on avait reconnu pendant la vie la nature du rétrécissement, on aurait entrepris la dilatation qui vraisemblablement eût été suivie de succès.

Cette dernière réflexion de Quincke nous montre l'importance de la variété de rétrécissement signalée dans notre travail. Dans l'état actuel des choses, un malade présente-t-il un rétrécissement de l'œsophage ? s'il n'a point ingéré de substance caustique, on s'empresse de conclure qu'il s'agit d'un rétrécissement cancéreux.

Ce diagnostic paraît d'autant plus vraisemblable que le malade a pu rejeter des matières sanglantes et que par le fait de l'inanition, il tombe dans un état cachectique facilement rapporté à la présence d'un cancer. De semblables erreurs ont probablement causé la mort d'un certain nombre de malades. La difficulté est certaine et nous ne voyons guère d'élément diagnostique que dans la durée de la maladie. Notre malade souffrait depuis plus de dix ans d'un rétrécissement; dans de pareilles circonstances, l'existence d'un cancer n'était plus plausible. Bien plus difficile était la situation du chirurgien de Provins qui eut à le soigner quelques mois après le début des accidents. Ce très distingué confrère, dont nous ignorons le nom, hésita longtemps au dire du malade, prit l'avis de plusieurs autres médecins et se décida à pratiquer le cathétrisme en voyant que le patient était menacé de mourir d'épuisement, et grâce à sa hardiesse il put sauver le malade. Lorsque nous l'avons reçu dans notre service, son état était moins grave; il avait dû renoncer à peu près complètement à l'usage des aliments solides quelque soin qu'il prît à les mâcher et se nourissait presque exclusivement de lait et de potages. Aujourd'hui, grâce au traitement employé, il mange comme tout le monde et ses forces sont revenues. Nous nous sommes servi pour cela d'un instrument qui a été construit sur nos indications par M. Galante.

Cet appareil se compose d'une tige de baleine longue, mince, flexible, terminée par une petite boule métallique, d'une série de petites olives en caoutchouc durci portant des numéros indiquant leur diamètre en millimètre. La série comprend neuf olives de 11 millimètres à 20 millimètres, d'une tige métallique creuse formée par un ruban roulé en spirale. Cette tige très flexible peut se plier en tous sens, elle a une certaine rigidité, lorsqu'elle est glissée sur la baleine qui lui sert de conducteur, et elle peut alors la suivre dans toutes ses inflexions. Cette tige creuse que nous nommons le propulseur sert à pousser les olives sur la sonde à baleine.

Cet appareil étant donné, voici comment nous procédons à la dilatation : on introduit la sonde en baleine; elle passe ordinairement facilement, grâce au petit diamètre de la boule terminale; nous enfilons ensuite une des olives et la poussons avec le propulseur. Nous pouvons alors employer la force sans crainte de fausses routes, puisque nous avons un conducteur; on introduit ainsi dans une même séance une série d'olives de grosseur croissante, puis on les ramène avec la sonde; elles sont retenues au-delà du rétrécissement par la boule qui la termine. Comme elles sont biconiques, elles franchissent et dilatent le rétrécissement au retour exactement comme elles l'avaient franchi et dilaté au moment où elles avaient été introduites.

Cet appareil a servi chez le malade de M. Debove pendant trois semaines environ, au bout desquelles la dilatation était suffisante pour qu'on pût passer le gros modèle de la sonde œsophagienne. Plus tard le malade introduisit lui-même cette sonde tous les jours, et, grâce à ces précautions, le rétrécissement n'a eu depuis trois mois aucune tendance à se reproduire.

En résumé, le cathétérisme de l'œsophage pratiqué d'après le procédé de M. Debove n'expose le sujet à aucun accident.

Fièvre typhoïde et réfrigération. — M. Dumontpallier termine la communication qu'il a commencée dans la séance précédente en citant les expériences de M. Lafont sur les animaux. Ces expériences démontrent la possibilité d'une réfrigération lente, capable d'abaisser, dans des proportions considérables, la température, le pouls et le nombre des respirations sans déterminer aucune congestion viscérale, tandis que par une réfrigération subite l'animal succombe rapidement avec tous les viscères noirs et congestionnés. Des expériences de M. Franck ont confirmé celles de M. Lafont.

M. Dumontpallier compare ces faits expérimenteux avec les observations cliniques qu'il a communiquées en 1880 à l'Académie de médecine, et termine sa communication par cette conviction qu'il n'a rien avancé qu'il ne soit à même de prouver.

A cinq heures un quart la Société se forme en comité secret

Varèle.

DEUXIÈME CONGRÈS DE MÉDECINE DE WIESBADEN

Pour la seconde fois les principaux représentants de la médecine en Allemagne se sont réunis en congrès à Wiesbaden, du 18 au 21 avril dernier, sous la présidence du professeur Frerichs. En rendant compte des travaux du premier congrès (1), nous avons indiqué en quelques mots le but visé par les promoteurs de ces réunions annuelles.

Cette année, le programme comprenait deux parties distinctes : une première, réservée à un certain nombre de questions générales devant faire l'objet d'une sorte de rapport et servir de thème à des discussions en séance, l'autre partie étant affectée aux communications proprement dites que les membres du congrès sont libres de faire *proprio motu*.

Les questions générales discutées cette année étaient au nombre de trois. Nous ne ferons qu'indiquer le titre de la première, car elle a trait à un sujet auquel nous nous proposons de consacrer une revue d'ensemble. Il s'agit de la tuberculose (*Influence de la découverte du bacille de la tuberculose sur la pathologie, le diagnostic, la prophylaxie et le traitement de la maladie*. Le rapport avait été confié aux soins de MM. Rühle (de Bonn) et M. Lichteim (de Berne).

La seconde question concernait la diphtérie : *Nature parasitaire de la maladie ; des rapports du processus local avec l'infection générale; de la contagiosité et de la prophylaxie*. — M. Gerhardt (de Würzbourg), rapporteur, après avoir fait l'historique de la diphtérie, a précisé les points acquis à la science. La diphtérie est une maladie infectieuse, contagieuse et inoculable, transmissible des animaux à l'homme; le lait en particulier peut servir de véhicule à cette transmission. Il est très probable que la diphtérie des poules est transmissible à l'homme. A ce propos, M. Gerhardt a cité le fait d'une épidémie de diphtérie, qui sévit sur les dindons réunis en très grand nombre dans un établissement agricole. Une première année, 1,400 de ces animaux succombèrent à la maladie et 1,000 autres l'année suivante. Un des principaux surveillants de l'établissement ayant été mordu par un dindon malade, fut pris d'une fièvre violente et sa blessure se couvrit d'un dépôt diphtéritique. D'autre part, les trois quarts des valets chargés des soins de cette immense basse-cour furent atteints d'une angine diphtéritique.

Pour ce qui est de la nature parasitaire de la diphthérie, M. Gerhardt est disposé à admettre que celle-ci est occasionnée par des microbes d'espèces distinctes, et que cette diversité des germes est en rapport avec la diversité des formes cliniques de la maladie. — La localisation habituelle de la maladie dans le pharynx doit être en rapport avec la structure anatomique de cet organe; une solution de continuité dans le revêtement épithélial de la muqueuse est nécessaire pour donner prise à l'infection.

La fièvre existe dans toutes les formes de la diphthérie; au début, elle est le retentissement du processus local; plus tard, elle éclate avec les caractères de la fièvre adynamique, lorsque s'est développée l'infection générale. — Les formes cliniques de la maladie peuvent se réduire à trois principales : forme abortive, forme commune, forme grave. — La diphthérie scarlatineuse peut être, mais n'est pas toujours une manifestation de la diphthérie vulgaire. — Le traitement de la maladie doit avoir pour objet de détacher les fausses membranes, et ensuite de détruire le poison diphthéritique. L'emploi des caustiques et des irritants est funeste comme favorisant l'immigration du germe organisé. La méthode de Morell Mackensie, qui prétend couper le croup en vernissant les fausses membranes, est tout aussi mauvaise. Par contre, les inhalations de vapeur d'eau, d'eau de chaux, l'emploi topique de l'acide lactique, de la papayotine, sont des remèdes à conseiller. La seconde indication est remplie, en principe, par l'emploi des antiseptiques dont on a préconisé un très grand nombre, quelques-uns bien à tort, l'acide phénique par exemple, dont l'usage entretient la diphthérie au lieu de la guérir.

— Le professeur Klebs pense qu'on a tort d'englober dans la diphthérie toutes espèces de processus pseudo-membraneux qui n'ont de commun avec elle que les apparences extérieures. Quant aux germes organisés de la diphthérie, ils sont de deux espèces au moins. Dans une forme de diphthérie foudroyante, que Klebs a vue sévir à Prague et qui se caractérise par le peu d'étendue des lésions pharyngées et par des exsudats hémorrhagiques dans les centres nerveux, il n'a découvert dans les fausses membranes que des microcoques. Depuis qu'il est à Zurich, M. Klebs a l'occasion d'observer une autre forme de diphthérie, la diphthérie vulgaire. Ici les micro-organismes trouvés dans les produits pseudo-membraneux sont des bacilles. Cette seconde forme de diphthérie diffère d'ailleurs par les caractères anatomo-pathologiques, autant que par les manifestations cliniques, de la première; elle s'accompagne d'une tuméfaction de la rate; les altérations rénales y sont peu prononcées, le foie et le cœur sont indemnes. Enfin il a observé une forme de diphthérie chronique où, après la guérison apparente de la diphthérie, on voit survenir dans les premières semaines qui suivent des accidents typhiques du côté de l'intestin. — A l'autopsie des malades qui avaient succombé à la seconde forme de diphthérie (Zurich), Klebs a toujours rencontré une tuméfaction des plaques de Pleyer, une fois même dans l'estomac, autour du cardia, une membrane diphthéritique brillante renfermant des bacilles. Enfin Klebs a eu également l'occasion d'observer une épidémie de diphthérie qui avait été importée par des dindons, et il a pu se convaincre que les bacilles déposés dans les fausses membranes étaient d'une forme spéciale.

(A suivre).

E. Ricklin.

(1) Voir Gazette médicale, 1882, n° 20.

FORMULAIRE

1° Solution pour injections sous-cutanée de bromhydrate de quinine.

Rec. Bromhydrate de quinine	1	gramme.
Ether sulfurique	8	—
Alcool rectifié	2	—

M. s. a. — Chaque centimètre cube de cette solution renferme 10 centigrammes de sel de quinine.

A employer surtout dans les cas de névralgies; l'injection devra être faite au voisinage d'un point douloureux.

2° POMMADE AU SULFATE DE QUININE, POUR COMBATTRE LA FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS DU PREMIER AGE.

Rec. Bisulfate de quinine 2 grammes.
Camphre 1 —
Axonge 20 —

M. s. a. — Faire des frictions répétées avec cette pommade au niveau des aines et du creux de l'aisselle. — La résorption du sel de quinine est favorisée par la minceur de l'épiderme chez les très jeunes enfants.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

EMPLOI DE L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE DANS LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE. — Nous n'avons pas, en prenant ici la plume, la prétention de venir ajouter à l'interminable liste des prétendus spécifiques de la coqueluche un spécifique de plus. Il s'agit d'une médication générale propre à enrayer les dangers de la maladie.

Nous avons employé l'extrait de foie de morue dans une dizaine de cas de coqueluche; sous l'influence de ce traitement, la durée de la maladie a toujours sensiblement diminué, et sa gravité n'a été réellement inquiétante dans aucun cas.

Comme préparation pharmaceutique, nous avons donné la préférence au *vin Vivien*, à la dose d'un verre à madère avant chaque repas. Non-seulement ce vin médicamenteux est accepté par les enfants les plus difficiles, mais il constitue, croyons-nous, le meilleur mode d'administration des principes propylamiques et oléophosphorés extraits du foie de la morue. Par sa richesse en iode et en phosphore contenus sous une forme des plus assimilables, il agit sur l'adénopathie bronchique qui, d'après nombre d'auteurs, entre autres M. Gueneau de Mussy, joue un rôle si important dans la coqueluche. Par l'alcool qu'il renferme, il exerce la double action d'un aliment d'épargne et d'un agent sédatif. M. Tripier, dans une communication faite en 1866 à l'Insitut, a montré les heureux effets de l'alcool dans le traitement de la coqueluche.

A ces divers points de vue, le vin Vivien est indiqué comme agent prophylactique dans les formes légères de la coqueluche, et comme agent curatif dans les formes graves. La triple médication eupnéique, alcoolique et reconstituante qu'il représente forme une trilogie thérapeutique qui peut rendre aux praticiens les plus éminents services.

C'est pour cela que nous avons voulu de nouveau attirer l'attention de nos lecteurs sur une médication que nous avons appelée *œno-propylamique*. Heureux si nous pouvons par cette contribution arriver à diminuer les cas encore trop fréquents où la coqueluche a une terminaison fatale.

Dr PH. BERNARD.

BIBLIOGRAPHIE

ENCYCLOPÉDIE INTERNATIONALE DE CHIRURGIE, traduction française précédée d'une introduction du professeur GOSSELIN. — J.-B. Baillière et fils, 1883.

La science marche à si grands pas, chaque branche tend tellement vers la spécialisation, que les ouvrages didactiques comprenant toute la pathologie interne ou externe revêtent de plus en plus la forme soit d'encyclopédie, soit de dictionnaire, produits de la collaboration de plusieurs auteurs. Tandis qu'en France c'est actuellement cette dernière forme qui prévaut, — témoins les deux belles collections qui sont entre les mains de tous les travailleurs, — à l'étranger on paraît préférer la première, et les encyclopédies multiplient leurs éditions successives. L'Allemagne, après la collection des monographies éditées par Pittra et Billroth, publie actuellement une *Deutsche Chirurgie* sous la direction de Billroth et de Luecke. L'Angleterre nous a donné le volumineux *System of Surgery*, auquel Holmes a prêté son nom. Enfin l'Amérique nous envoie une « Encyclopédie internationale » qui compte parmi ses rédacteurs, groupés sous la direction du professeur John Ashurst (de Philadelphie), quelques-uns des noms les plus illustres de la chirurgie contemporaine. Deux énormes volumes, édités avec ce luxe que mettent les Américains dans leurs publications scientifiques, sont déjà parus en anglais. MM. J.-B. Baillière et fils ont eu l'heureuse pensée de les faire traduire et ont en outre obtenu de quelques chirurgiens français qu'ils écrivissent des articles entièrement nouveaux traitant de quelques points trop brièvement exposés dans l'édition originale : grâce à cela, nous avons dans les trois fascicules déjà parus deux remarquables articles, l'un du professeur Verneuil sur « l'Influence réciproque des états constitutionnels et du traumatisme », l'autre du docteur Jeannel sur « la Septicémie et la Pyohémie »

Nous ne doutons pas qu'une seconde édition américaine ne s'empresse de traduire à son tour à son usage ces monographies magistrales.

Voici la liste des autres chapitres déjà parus, en trois fascicules, qui se sont succédé avec une rapidité de bon augure pour le prompt achèvement de l'ouvrage :

TROUBLES DE LA NUTRITION (hyperémie, anémie et ischémie).

PATHOLOGIE DE L'INFLAMMATION, par le professeur Stricker (de Vienne); la traduction a été revue par l'auteur, qui a fait quelques additions pour l'édition française.

INFLAMMATION, par William H. van Buren, professeur de pathologie chirurgicale à l'hôpital Bellevue, New-York.

SCROFULE ET TUBERCULE, par Henry Trentham Butlin, assistant à St-Bartholomew's Hospital, Londres.

RACHITISME, par Lewis Smith, professeur de clinique des maladies d'enfants, à Bellevue Hospital, New-York.

SCORBUT, par Philipp S. Wales, chirurgien général de la marine des États-Unis.

SCHOCK ET EMBOLIE GRAISSEUSE, par W. Mansell Moulin, chirurgien de Pembrock Hospital, à Londres.

DELIRIUM TRAUMATIQUE ET DELIRIUM TREMENS, par William Hunt, chirurgien en chef du Pensylvania Hospital, Philadelphie.

ÉRYSIPÈLE, par Alfred Stillé, professeur à l'université de Pensylvanie, Philadelphie.

PYOHÉMIE ET ÉTATS QUI S'EN RAPPROCHENT, par Francis Delafield, professeur adjoint de pathologie au collège des médecins et des chirurgiens de New-York.

Tous ces articles sont loin d'avoir un mérite égal; nous ne cacherons même pas le sentiment de légère déception que nous avons ressenti à la lecture de plus d'un d'entre eux; l'exposition est souvent diffuse, l'érudition très incomplète.

Tels qu'ils sont, ils seront consultés avec fruit par tous ceux qu'intéresse le mouvement actuel de la chirurgie contemporaine, et, ne fût-ce que pour sa *valeur documentaire*, la REVUE INTERNATIONALE DE CHIRURGIE prendra une place honorable dans toutes les bibliothèques chirurgicales.

S. POZZI.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — La Faculté de médecine de Paris est frappée d'un nouveau deuil. M. le docteur Henri Bocquillon, professeur

agrégé dans la section d'histoire naturelle, rappelé en exercice depuis l'élection comme député de M. le docteur de Lanessan, est mort subitement dans la nuit du 15 au 16 de ce mois, frappé d'une attaque d'apoplexie foudroyante. Né à Cugny, dans le département de la Marne le 5 juin 1834, il n'avait pas encore atteint sa quarante-neuvième année. Notre regretté confrère était agrégé depuis 1869.

*
* *

TESTIMONIAL D'UN GRAND NOMBRE DE MÉDECINS ANGLAIS A M. HART, RÉDACTEUR EN CHEF DU BRITISH MÉDICAL JOURNAL. — Le témoignage public d'estime et de reconnaissance confraternelles donné en Belgique à M. le docteur Fertraerts, rédacteur en chef du SCALPEL, vient d'avoir son pendant en Angleterre. Un grand nombre de médecins de ce pays se sont réunis pour une manifestation en faveur de M. Ernest Hart, rédacteur en chef du BRITISH MÉDICAL, et ont offert par souscription à Mme Hart un superbe portrait de son mari.

M. Hart a fortement contribué au développement de l'Association britannique et, dans le journal qu'il dirige, il a constamment défendu avec ardeur et talent les intérêts professionnels. Toutes les questions d'hygiène publique ne lui sont pas moins familières.

Mme Hart, élève de l'Ecole de médecine de Paris, n'est pas seulement la compagne, mais la collaboratrice active de son mari.

En Angleterre, comme en Belgique, on sait apprécier les services que la presse médicale rend à la science et à la profession.

*
* *

LES FEMMES MÉDECINS EN ANGLETERRE. — L'Université de Londres vient de conférer pour la première fois le diplôme de médecin-chirurgien à deux dames. L'une a été nommée immédiatement à un emploi public (inspection médicale des employés des postes et télégraphes); l'autre se propose d'aller exercer la médecine dans les Indes.

*
* *

EXPOSITION D'HYGIÈNE DE BERLIN. — L'inauguration de cette exposition a eu lieu solennellement le 12 mai en présence du prince impérial, représentant l'impératrice, et des hauts fonctionnaires de Berlin et des Etats confédérés.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 4 MAI AU JEUDI 10 MAI 1883.

Fièvre typhoïde 57. — Variole 13. — Rougeole 25. — Scarlatine 2. — Coqueluche 16. — Diphthérie, croup 43. — Dysenterie 1. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 7. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 73. — Phthisie pulmonaire 254. — Autres tuberculoses 18. — Autres affections générales 78. — Malformation et débilité des âges extrêmes 69. — Bronchite aiguë 37. — Pneumonie 119. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 34, — au sein et mixte 20. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 107. — de l'appareil circulatoire 72. — de l'appareil respiratoire 88. — de l'appareil digestif 52. — de l'appareil génito-urinaire 28. — de la peau et du tissu lamineux 1. — des os, articulations et muscles 12. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 1. — Causes non définies 1. — Morts violentes 30. — Causes non classées 5. — Total de la semaine: 1272 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Roenechouart. Paris

54e année. 6e série. Tome V. N° 21 26 MAI 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;**
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 24 mai 1883.

Académie de médecine : PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — *Revue de l'étranger* : APPLICATIONS DES DOCTRINES MICROBIENNES AU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Si les longs débats soulevés au sein de l'Académie de médecine à l'occasion des ravages récents de la fièvre typhoïde à Paris aboutissent à un résultat pratique, le mérite en reviendra en grande partie à M. Rochard. C'est sur son initiative qu'a été nommée la commission chargée de faire connaître à l'Administration le sentiment de l'Académie sur les mesures propres à circonscrire et à atténuer les ravages périodiques que la fièvre typhoïde exerce depuis des années sur la population de la capitale; dans le cours de la dernière séance, M. Rochard a donné lecture des conclusions auxquelles s'est arrêtée la commission et sur lesquelles l'Académie aura à se prononcer. Elle pourra les appuyer sans se compromettre, car la commission, écartant tout point de doctrine litigieux, n'a visé qu'à faire œuvre utile; elle s'est bornée à mettre en lumière l'urgence d'un certain nombre de mesures réclamées par tous les hygiénistes et par tous ceux qui ont souci de la santé publique.

— La phthisie pulmonaire est de toutes les maladies celle qui décime le plus les grands centres de population en Europe; aussi, en rendant compte, l'an dernier, de la découverte de M. Koch relative au bacille de la tuberculose, émettions-nous, après d'autres, le vœu sincère de voir la prophylaxie bénéficier de cette notion nouvelle pour le plus grand bien de l'humanité. Il ne semble pas qu'on ait, depuis, travaillé beaucoup à la réalisation de ce vœu. Les médecins, en Allemagne surtout, ont porté plus haut leurs prétentions; au lieu de s'en prendre à la contagion, de se borner à combattre la dissémination des germes et leur transport loin des foyers où ils pullulent, on n'a pas hésité à les poursuivre jusque dans l'organisme infesté, avec l'espoir d'enrayer la maladie, en tuant les germes sur place. Ces prétentions ne sont pas nouvelles; elles ont soulevé récemment en France des débats retentissants entre ceux qui veulent asservir la médecine aux doctrines microbiennes et ceux qui pensent que dans le conflit supposé des microbes avec l'organisme du malade, le médecin doit s'inquiéter beaucoup plus de la conservation du malade que de la destruction des microbes. Or, sous prétexte de faire de la médecine rationnelle, on s'expose, en s'inspirant des nouvelles doctrines, à faire de la thérapeutique homicide. Les tentatives, dont nous parlions plus haut et dont nous allons faire connaître les résultats, le prouvent une fois de plus.

M. Fraentzel a rendu compte, au Congrès de médecine de Wiesbaden, des essais qui ont été faits à l'hôpital de la Charité de Berlin, dans le but d'enrayer les progrès de la phthisie pulmonaire, en soumettant des tuberculeux, pendant des mois, à des inhalations de vapeurs médicamenteuses susceptibles de tuer les bacilles de Koch : le benzol, le camphre, la naphtaline, la créosote, l'aniline, l'acide phénique, les préparations mercurielles ont été tour à tour utilisés pour ces essais, sans ré-

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES.

Les accoucheurs et les jurys du bureau central des hôpitaux. — L'avènement des spécialités. — Les postes administratifs. — La liberté d'enseignement et l'indépendance du professeur. — Les morts récentes. — M. Richet à l'Académie des sciences. — Le Pirée pris pour un nom d'homme.

Le personnel médical des hôpitaux de Paris est décidément en émoi : il est question de ballotter dans la même urne, pour le tirage au sort des membres des jurys des concours, les noms des chirurgiens avec ceux des nouveaux chefs de service, les accoucheurs.

Si l'on réfléchit que, lorsqu'il s'agit de nommer des médecins du bureau central, il n'y a qu'un chirurgien dans le jury, on comprend facilement que les chirurgiens protestent quand ils sont menacés d'être complètement éliminés de ce jury.

Mais il me semble que l'on n'a pas fait assez ressortir l'intérêt général qu'il y aurait, sans supprimer le chirurgien obligatoire, à admettre, à côté de lui, un accoucheur. Il suffirait pour cela d'augmenter d'un seul membre le jury de chaque concours, car si je comprends la protestation des chirurgiens, je comprends aussi bien les intentions de l'Assistance publique et les réclamations des accoucheurs. En effet, tout médecin des hôpitaux est appelé à soigner une multitude de femmes dont la maladie a pour cause ou pour origine un accouchement.

A mesure que le champ des sciences médico-chirurgicales est mieux cultivé, le nombre des spécialités tend à s'accroître, et vraiment il n'y a pas là un si grand mal qu'on avait dès l'abord semblé le craindre. Le progrès scientifique ne trouve-t-il pas son profit dans cette division incessante du travail? Le jour n'est peut-être pas loin où, dans nos grands hôpitaux, à côté des aliénistes et des accoucheurs, viendront prendre place des oculistes, des laryngologistes, des auristes, des dermatologistes, etc., etc. Car enfin il y a déjà des services de maladies cutanées et de maladies vénériennes, et l'on se demande, en se plaçant au point de vue humanitaire, s'il n'y aurait pas un grand avantage à créer des con-

sultat nul. En fait d'inconvénients, M. Fraentzel ne mentionne que l'anémie occasionnée par l'emploi des inhalations d'aniline.

A la clinique du professeur Leyden, on a été encore moins heureux. M. Hiller, qui a fait connaître les résultats obtenus dans le service de son maître, conclut que l'emploi de la plupart des gaz et des vapeurs antiparasiticides doit être rejeté à cause de l'action toxique de ces agents Les essais faits avec l'hydrogène sulfuré en inhalations n'ont donné aucun résultat. On a eu recours ensuite à des *injections parenchymateuses* dans le poumon avec du sublimé, de l'iodoforme, du brome, de l'alcool, de l'hydrogène sulfuré, de l'alcool méthylique, de l'acide borique, du salicylate de soude. On n'a même pas réussit à faire disparaître les fameux bacilles des crachats, et les malades sont restés tuberculeux comme devant. Une seule fois on a obtenu un résultat tranché, c'était chez un épileptique : des injections parenchymateuses de sublimé ont provoqué de violentes convulsions, qui ont entraîné la mort du malade !

Laissons de côté cet incident fâcheux ; rendons hommage à la franchise de ceux qui, malgré leur violent désir de faire triompher la thérapeutique antiparasiticide, savent confesser l'inanité de leurs efforts. Mais à qui fera-t-on croire qu'il n'est pas seulement inutile, qu'il est indifférent de faire respirer à des tuberculeux des vapeurs irritantes et toxiques et de les soumettre à des injections de substances irritantes poussées jusque dans les poumons ?

E. Ricklin.

CLINIQUE MÉDICALE

Notes cliniques sur quelques intoxications et maladies chroniques observées dans le service de M. Lancereaux, a l'hopital de la Pitié, par M. Octave Guelliot, interne du service.

Suite. — Voir les numéros 4 et 13.

Tuberculose.

Ce que nous avons dit de l'alcoolisme s'applique *a fortiori* à la tuberculose, et les phthisiques ont été d'autant plus nombreux dans le service qu'ils n'en sont pas exclus systématiquement. 205, tel est le nombre des individus qui ont présenté des symptômes manifestes de cette terrible maladie (H. 155 ; F. 50), ce qui fait, en chiffre rond, le cinquième de notre contingent ; 72 sont morts et ont contribué pour leur part à plus d'un tiers des décès, soit exactement 38,3 pour 100.

Au point de vue *diagnostique*, il est un signe peu vulgarisé en France et sur lequel on nous permettra d'insister quelque peu. Lorsqu'on percute un muscle fatigué ou en voie de dénutrition, on voit se produire au point d'application du choc une intumescence ou *nœud musculaire*, dont la durée est en raison directe de l'altération du muscle. Cette *contraction idéo-musculaire* ou *myoïdème* a depuis longtemps été constatée dans la fièvre typhoïde (Beau) ; on l'a étudiée également dans la tuberculose pulmonaire (Lawson Tait), la pleurésie (Stokes), la pneumonie (1). On peut la produire en effet dans tous les cas d'amaigrissement rapide et de déperdition prompte des forces. Lancereaux l'a souvent montrée aux élèves chez les typhiques ; elle était très prononcée chez un ancien scorbutique fortement avancé et amaigri ; mais, où nous l'avons trouvée la plus remarquable par son volume et sa durée, c'est dans un cas de *diabète maigre*. Le malade avait maigri rapidement, et en pinçant les biceps on produisait une *corde musculaire* très saillante qui persistait pendant trente secondes (M. Labbé donne comme maximum dix à quinze secondes). Le phénomène se produisait avec moins d'intensité dans la plupart des muscles de l'économie.

Chez les tuberculeux, alors que les lésions sont encore peu avancées ou même douteuses, on peut déjà produire le myoïdème au niveau du pectoral en passant fortement le doigt sur ce muscle, et la corde qui se forme est d'autant plus marquée que la lésion pulmonaire est plus avancée : elle est ordinairement unilatérale si un seul poumon est atteint ; aussi est-ce là un signe qui peut avoir une certaine valeur dans les cas difficiles et qui manque bien rarement.

La tuberculose s'est montrée à nous sous des formes diverses variant comme les causes qui lui ont donné naissance, et, depuis longtemps, M. Lancereaux insiste sur la marche différente que suit cette maladie suivant son origine.

L'hérédité, à laquelle on attribuait autrefois la part la plus

(1) Pour plus de détails, voyez la thèse intéressante de notre collègue D. Labbé : *De la contraction idéo-musculaire ou myoïdème en clinique*, Paris, 1881.

cours spéciaux pour les candidats à ces services, au lieu de persister dans les errements routiniers qui amènent à Lourcine, au Midi, aux Incurables ou à Saint-Louis, des médecins dont les aptitudes seraient mieux utilisées ailleurs (1).

Mais ces réformes, pour qu'elles soient efficaces et puissent être opérées sans difficulté, devront être progressives et sous la condition expresse que l'on ne viendra pas empiéter brusquement sur les prérogatives déjà anciennes des médecins ou chirurgiens des hôpitaux. Nommés sous le régime de lois bien différentes, ils ne sauraient souffrir une assimilation complète, impossible à justifier.

(1) La Gazette médicale, qui est une tribune ouverte à tous, laisse à ses collaborateurs une liberté entière dans l'expression de leurs opinions, et tout article signé n'engage la responsabilité que du signataire. Cette indépendance de tout écrivain qui a une idée à émettre ou à défendre, est la condition indispensable du progrès, et la Gazette médicale, pénétrée de ce principe, reste toujours fidèle aux traditions libérales auxquelles elle doit une longue vie de prospérité (*Note du rédacteur en chef*).

On peut donc dire à la direction de l'Assistance publique : utilisez de votre mieux et pour l'intérêt général les forces dont vous disposez, mais ne blessez personne. Blesser des membres de sa propre armée, c'est diminuer ses forces.

Soyez donc prudent.

***

Mais dans la plupart de nos services administratifs les questions de personnes ne jouent-elles pas un trop grand rôle ? On se croit obligé de donner satisfaction à telle ou telle personnalité ambitionnant certaine place. On destitue le titulaire, sauf à se voir forcé quelques semaines après, de par la voix publique, sinon à réintégrer le personnage révoqué (cela serait trop difficile, puisque sa place a été donnée), du moins à le nommer à l'honorariat de cette même situation, et parfois aussi à créer un poste nouveau qui soit à peu près l'analogue ou au moins l'équivalent de son poste précédent.

Pour faciliter ces virements de bord, on a besoin de s'appuyer sur l'avis d'un conseil quelconque, et ce conseil, pour en faire tout

grande dans cette étiologie, ne joue qu'un rôle assez secondaire, du moins à Paris. Ainsi, sur nos 205 malades, elle n'a pu qu'une quinzaine de fois être invoquée d'une façon indubitable. Le tuberculeux héréditaire présente un aspect, un *facies spécial*, qui, à lui seul, peut mettre sur la voie des antécédents de famille. Il est ordinairement mince, chétif; la barbe fait défaut ou est très clair-semée; la région sternale est absolument glabre; le pubis est plus ou moins garni; parfois les organes génitaux restent infantiles; le système pileux des membres est ordinairement plus développé que celui de la face, et les poils sont fins et longs; enfin, le thorax présente des dimensions et une conformation anormales. Si, dans quelques cas, le sternum est projeté en avant, souvent aussi il y a aplatissement, soit selon l'axe antéro-postérieur, soit suivant les diamètres obliques : pour bien apprécier ces déformations, il faut, avec un ruban de plomb, prendre le contour, qu'on reporte ensuite sur une feuille de papier.

La cage thoracique n'a pas la *capacité* que comporte la taille de l'individu, et il est intéressant de rechercher le rapport de ces deux quantités, d'établir, en un mot, le *rapport thoracique* (1). Si on prend le périmètre thoracique au moyen d'un ruban métrique horizontal passant par les deux mamelons, on constate, sur un homme sain, que cette longueur dépasse toujours la moitié de la taille verticale. Soit, par exemple, un homme de 1 mètre 70, dont la demi-taille est 85 centimètres, le périmètre thoracique sera de 87 ou 88 centimètres, et le rapport de 1,70 à 0,87, 0,88, sera de 51,1 à 51,6. Ce chiffre est presque un minimum et n'est normal que dans les races inférieures. Ainsi divers observateurs ont trouvé les moyennes suivantes pour ce rapport :

Ecossais (Quételet). . . .	56.7	de la taille.
Indiens (Gould).	55.5	—
Anglais (Hutchinson) . . .	54	—
Allemands (Gould). . . .	53.8	—
Français (Bernard). . . .	53	—
Néo-Zélandais (Thompson) .	51.4	—
Nilghiris.	48.8	—

(1) On a quelquefois désigné ce quotient sous le nom d'*indice thoracique*; mais, dans la terminologie employée par les anthropologistes, cette expression devrait s'appliquer au rapport des deux diamètres, transversal et antéro-postérieur, de la poitrine. Nous avons fait à ce sujet quelques mensurations qui ne sont pas assez nombreuses pour donner un résultat probant.

Or, dans la phthisie héréditaire, on trouve d'une façon à peu près constante un chiffre inférieur à 51, qui doit être regardé comme l'extrême limite compatible avec un jeu régulier des fonctions respiratoires. C'est dans ce sens qu'une circulaire ministérielle, en date du 13 mai 1876, a été adressée aux médecins militaires; il y est dit que la circonférence thoracique, à la hauteur des mamelons, doit avoir deux centimètres de plus que la demi-taille chez les sujets où celle-ci dépasse 1 mètre 60; chez les autres l'excédant doit être de 3 centim. M. Vallin admet, comme minimum de périmètre, 78 centim. 5, et regarde comme suspect tout individu dont le périmètre sous-pectoral n'atteint pas le chiffre de la demi-taille verticale. A Saint-Cyr, où les admis ne sont pas soumis aux règles suivies dans les Conseils de revision, ce chiffre souvent n'est pas atteint; dans cette Ecole, la phthisie est très fréquente, deux fois plus que dans le reste de l'armée (Arnould).

Chez les *héréditaires*, le rapport descend souvent beaucoup plus bas; en voici deux exemples :

1. H. 19 ans. — Père et mère morts de la poitrine.

Taille.	1 m. 66
Demi-taille . . .	0 83
Périm. thoracique	0 79 5
Rapport	47,02

2. H. 18 ans. — Mère morte phthisique.

Taille.	1 m. 58
Demi-taille . . .	0 79
Périm. thoracique.	0 72
Rapport	45,5

Or, chez tous nos malades, le développement de la poitrine était insuffisant, aussi, toutes les fois que la circonférence thoracique ne dépasse pas la moitié de la taille, doit-on craindre l'apparition d'une tuberculose à marche souvent rapide. On ne peut faire d'exception que pour les tailles extrêmes; chez les individus très grands, en effet, le rapport 51 peut parfaitement n'être pas atteint, bien que la capacité pulmonaire soit suffisante. Ainsi, sur un ancien tambour-major qui n'avait aucun signe de tuberculose, nous avons trouvé les chiffres suivants :

Taille.	1 m. 86
Demi-taille. . .	0 93
Périm. thoracique	0 90
Rapport	48,3

ce qu'on veut, le compose de membres hétérogènes dont les seuls compétents sont habituellement en minorité.

Aussi, quels abus et quels scandales ! abus souvent inaperçus de l'ensemble du corps électoral, scandales palliés facilement sous le masque transparent d'une nécessité administrative.

Mais l'abus n'en existe pas moins.

***

Il y a quelques mois, on rendait compte ici même (1) du livre sur l'*Education* sorti de la plume d'un des anciens et des meilleurs collaborateurs de la GAZETTE MÉDICALE, M. Guardia.

Dans sa sincérité et avec la droiture qui le caractérise, M. Guardia avait pensé qu'il suffirait d'indiquer quelles réformes l'enseignement devrait s'imposer pour les voir se réaliser.

M. Guardia s'est trouvé déçu, et naïvement il a, dans un nouveau travail (intitulé : *L'Etat enseignant et l'Ecole libre* (1), *suivi d'une conversation entre un médecin et un philosophe*), insisté sur la mauvaise direction que prend de plus en plus le monde de l'Université.

M. Guardia a eu un grand tort, un tort irrémédiable : il a médit de l'*Alma mater*. M. Guardia était professeur à l'Ecole Monge, Ecole qui passait jusqu'ici pour une Ecole libre, mais qui tend à passer de plus en plus sous le joug universitaire. Comment donc un professeur de l'Ecole Monge pouvait-il se permettre de trouver que tout n'était pas pour le mieux dans la plus considérable des Universités ?

Vous êtes partisan de la liberté d'enseignement, lui a-t on répondu ! Eh bien ! nous vous la donnons, cette liberté, et plus entière que vous ne la réclamez.

Quittez l'Ecole Monge, allez et enseignez qui vous pourrez..... Voilà comment la franchise est récompensée. Ah ! qu'un silence hypocrite eût été bien moins funeste à ce maître si aimé de ses élèves et si ouvertement regretté de disciples auxquels il enseignait avec la plus grande compétence les humanités et la littérature française. Mais en cette occurrence c'est, nous semble-t-il, bien moins au professeur persécuté que nous devons adresser nos condoléances

(1) GAZETTE MÉDICALE du 2 décembre 1882. *Revue médico-littéraire* de M. le docteur Albertus.

(1) Paris, 1883, 1 vol in-12, librairie A. Durand et Pédone-Lauriel, éditeurs.

Il y a donc à tenir compte, non seulement des mesures relatives, mais encore des dimensions absolues.

La *tuberculose acquise* reconnaît des causes diverses. Le travail dans les ateliers, les logements étroits, sans air et sans lumière, le couchage dans les chambrées ou dans les dortoirs à cubage insuffisant, le *sédentarisme*, comptent parmi les causes les plus communes de cette affection et tous ces facteurs agissent d'autant mieux que l'individu qui y est soumis vient souvent de la province, où il menait une vie active, et où ni l'air ni la lumière ne lui étaient ménagés. Alors on voit se développer ces *pneumophymies*, qui envahissent des quartiers de poumon et, à l'autopsie, on trouve des blocs caséeux, confluents ou circinés, avec ou sans granulations saillantes sur la coupe.

L'alcoolisme est une autre cause puissante de tuberculose, et, trente-huit fois, elle est notée expressément dans nos observations. Ici, la lésion présente souvent une marche rapide, par poussées successives, et prend volontiers la forme granuleuse ; les malades peuvent mourir sans excavations et les lésions sont presque toujours plus anciennes et plus étendues à droite.

Dans l'étiologie, il faut aussi ranger les grossesses et les allaitements répétés, les excès génésiques, en un mot, toutes les causes d'affaiblissement.

Plusieurs de nos malades (6) étaient exposés, de par leur métier, à l'action des *poussières métalliques* ou minérales : fer, bronze, cuivre, verre. Chez ceux-ci, la maladie débute par les voies respiratoires, et, pendant longtemps, on ne constate que les signes d'une bronchite rebelle ou d'une broncho-pneumonie ; presque toujours les poussières métalliques, en s'infiltrant dans la sertissure des gencives, produisent une gingivite expulsive ; en même temps, les dents ont une coloration variable, selon l'agent nuisible : rouillée (fer) ou bleuâtre (cuivre). A l'autopsie d'un de nos malades, nous avons trouvé toute la muqueuse laryngée et la partie supérieure de la muqueuse trachéale d'une belle teinte vert bleuâtre qui indiquait assez la pénétration au delà de la glotte des poussières cupriques. Une partie de ces observations ont été publiées dans la thèse d'un élève de M. Lancereaux, M. Michaux. L'auteur conclut ainsi : « Les poussières métalliques, pénétrant dans le tissu conjonctif interstitiel du poumon, en déterminent la sclérose ; les symptômes sont d'abord ceux d'une bronchite, puis d'une broncho-pneumonie, enfin de la dernière période de la phthisie chronique ; la marche est lente, la terminaison n'est pas toujours fatale ; la tuberculose est une complication fréquente. » (Michaux. *De la sidérose pulmonaire*. Thèse de Paris, 1881.)

Quelques mots maintenant sur les tuberculoses localisées ou prédominantes dans certains organes, *tuberculoses locales ou primitives*.

Nous avons, en vue d'un travail spécial, examiné les organes génitaux internes et externes de la plupart des hommes morts dans le service, et nous les avons trouvés fréquemment altérés. Nous sommes convaincu que si les lésions de la prostate et des vésicules séminales en particulier sont peu connues, c'est qu'on n'examine ces organes, à l'autopsie, que lorsqu'on a quelque raison de les croire malades ; si on les découvrait dans tous les cadavres, comme on fait du foie ou du cœur, leur anatomie pathologique serait plus avancée. Pour ne parler que de la tuberculose, souvent nous avons trouvé des manifestations de cette diathèse dans la prostate ou les vésicules, alors que rien, pendant la vie, n'avait pu faire soupçonner une semblable localisation ; les lésions sont alors en voie d'évolution, et elles laissent mieux saisir leur mode d'envahissement. Lorsque le testicule ou l'épididyme étaient envahis, nous avons trouvé des tubercules dans la prostate et les vésicules, même dans des cas où, après le toucher rectal, la question de la présence des foyers tuberculeux dans ces organes était restée douteuse. Dans la prostate, les tubercules sont à l'état de crudité ou de ramollissement ; dans les vésicules, tantôt ils remplissent la cavité distendue et déplissée, tantôt ils forment des amas caséeux séparés par des parties saines, et les réservoirs spermatiques, gros et lisses dans le premier cas, sont, dans le second, durs et bosselés ; d'autres fois, enfin, on trouve les vésicules atrophiées, avec une dégénérescence fibreuse de leurs parois. Ajoutons que nous avons vu des tubercules dans la prostate alors qu'il n'en existait pas traces dans l'épididyme ni le testicule. Ainsi, chez un tuberculeux mort à 39 ans, il existait quatre ou cinq noyaux caséeux dans le lobe droit de la prostate, alors qu'il nous a été impossible de trouver quoi que ce soit d'anormal dans le reste de l'appareil génito-urinaire. Il est donc inexact de dire que la tuberculose génitale suit le plus souvent le sens du courant spermatique, allant du testicule à la prostate.

Nous avons eu aussi deux exemples de tuberculose génitale

---

qu'à l'Ecole qui s'est privée de l'enseignement de l'homme qui s'appelle le docteur Guardia.

* * *

Être indépendant ! mais voilà ce qui est intolérable. Quiconque veut parvenir aujourd'hui doit mettre en pratique la phrase de Tacite : *Omnia serviliter pro dominatione.*

Accepter tout mot d'ordre, voilà, semble-t-il, le seul moyen de parvenir. Nous vivons un peu sous le règne de la délation servie par l'intolérance doctrinaire des mieux marquées et par un vrai fanatisme de sectaires. Arriverions-nous bientôt au règne de la platitude ?... Dieu nous en garde !

* * *

On envierait presque le sort de ceux qui s'en vont. Et ils s'en vont nombreux, nos maîtres les plus vénérés.

— Sédillot, cet honnête savant dont la carrière a donné le plus cruel démenti aux partisans quand même du concours pour le professorat ; Sédillot, repoussé à tant de reprises de la Faculté de Paris ; Sédillot dont le nom et les œuvres vivront longtemps, tandis que nous avons déjà presque oublié les noms de ses heureux compétiteurs.

— Jules Cloquet, mort comblé de jours et d'honneurs ; comblé de jours, lui dont les jours avaient été comptés, car on avait jadis trouvé ses poumons gravement compromis : on avait pronostiqué une mort prochaine ; mais la phthisie a mis de longues années avant de se rendre maîtresse de Cloquet, qui a vécu quatre-vingt-douze ans.

— Bertillon, mycologue aimable, honnête statisticien, républicain convaincu ; Bertillon, qui rédigeait ses bulletins sanitaires dans un style rappelant par trop les circulaires commerciales : Les varioles sont en hausse, les fonds turcs continuent de baisser ; si l'épidémie de fièvre typhoïde se consolide, si le prix des blés s'affermit, nous avons à noter une légère diminution sur la mortalité diphthéritique ; par contre, la phthisie et l'Union générale ont fait un grand nombre de victimes.

Le nom de Bertillon restera quand même. Il a été un des apôtres les plus passionnés de la démographie. Il a le premier tenté une organisation sérieuse et on ne peut plus méritoire de la sta-

de la femme. Dans l'un, il s'agissait d'une femme morte le surlendemain de son entrée à l'hôpital, et à l'autopsie de laquelle, outre une néphrite suppurative, on trouva une tuberculose avancée des trompes. La vessie était saine et, dans les poumons, il n'y avait que quelques tubercules aux sommets. L'autre est celui d'une malade de 48 ans, entrée avec des douleurs de ventre, de la cachexie, des pertes blanchâtres fétides, et pour laquelle, en l'absence de lésion du col, on avait pensé à un cancer du corps de l'utérus : celui-ci était indemne, mais les deux trompes étaient bosselées, à face interne tomenteuse, manifestement tuberculeuses.

Une jeune fille de 19 ans est morte après un court séjour, dans le service où elle était entrée pour des abcès développés au voisinage des articulations, avec ankylose du genou et du coude. Elle aussi n'avait que quelques tubercules aux sommets ; le foie et la rate étaient amyloïdes ; il y avait des tubercules dans la muqueuse du corps de l'utérus et dans les ovaires, et, de plus, des lésions tuberculeuses du périoste, des vertèbres, des extrémités osseuses (coudes, genoux, poignets); on apercevait distinctement des granulations sur la synoviale du genou, au voisinage de la rotule. C'est un exemple probant de *tuberculose osseuse et synoviale*.

Enfin, il nous reste à signaler deux *tuberculoses ganglionnaires primitives*, avec envahissement de la plupart des ganglions du cou, des médiastins, du mésentère ; chez ces deux malades, la lésion des ganglions a paru précéder celle du poumon, qui, au moment de la mort, était encore peu avancée. Ces faits ont servi de base à la thèse de M. Clavelé (1881).

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 mai 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

M. DASTRE adresse au sujet d'une Note insérée sous le nom de *Kanellis*, dans le numéro du 23 avril 1883 des *Comptes rendus*, p. 1249, les observations suivantes :

« Le 11 décembre 1880, je présentai à la Société de biologie, au nom de M. le docteur ARTURO MARCACCI, mon préparateur et mon élève, une Note intitulée : *Influence des racines sensitives sur l'excitabilité des racines motrices*.

« Cette Note de M. Marcacci, imprimée à la page 397 dans les *Comptes rendus de la Société de biologie* (1881), a été reproduite textuellement par M. Kanellis, sans autre changement que celui du nom de l'auteur. »

M. VULPIAN présente à cette occasion, sur la *Structure de l'épithélium propre des canaux sécréteurs de la bile*, une observation semblable à laquelle se joint M. Ch. Robin. Ce titre reproduit celui d'un Mémoire de Ch. Legros, publié avec planches. (JOURNAL DE L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE, Paris, in-8, p. 137.)

Le Mémoire de Ch. Legros contient toutes les descriptions et les conclusions relatives à la structure et aux usages du foie, publiés par M. Kanellis dans le dernier numéro des *Comptes rendus* (p. 1320), sans que le nom même de Legros soit cité. Il importe, ajoutent MM. Vulpian et Robin, de signaler un tel plagiat en restituant à Ch. Legros tout l'honneur de cet important travail.

Séance du 14 mai 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

SUR L'ATTÉNUATION DE LA BACTÉRIDIE CHARBONNEUSE ET DE SES GERMES SOUS L'INFLUENCE DES SUBSTANCES ANTISEPTIQUES. Note de MM. CHAMBERLAND et ROUX, présentée par M. Pasteur.

Dans une note présentée à l'Académie dans la séance du 9 avril, nous avons établi que la bactéridie du charbon est modifiée dans sa virulence lorsqu'elle pullule dans un milieu additionné de certaines substances antiseptiques, notamment d'acide phénique et de bichromate de potasse. Nous avons montré que la bactéridie-filament qui a subi l'action de ces agents se reproduit dans les milieux appropriés en conservant sa virulence atténuée et qu'elle y donne des germes qui perpétuent ses qualités nouvelles.

Dans une autre série d'expériences, nous avons soumis la bactéridie-filament à l'action de l'agent chimique au sein d'un liquide où sa pullulation n'est pas possible : nous avons fait agir sur la bactéridie toute formée une solution d'antiseptique dans l'eau pure qui ne lui apporte aucun élément nutritif.

Les filaments bactéridiens d'une goutte de sang charbonneux virulent mise dans l'eau phéniquée au 1/600 ne tardent pas à périr ; nous avons vu (1) cependant que la bactéridie vit et végète pendant des mois dans un bouillon nutritif qui renferme cette même proportion de 1/600 d'acide phénique. Dans une solution phéniquée au 1/900 les filaments bactéridiens restent vivants pen-

(1) Voir *Comptes rendus*, séance du 9 avril 1883.

tistique sanitaire dans notre pays. Il a fait mieux que donner l'éveil; il a posé les bases d'une œuvre utile.

Lasègue a disparu à son tour presque subitement ; voilà une de nos plus belles voix éteintes. Il a passé comme un brillant météore : quelle faconde, quel brio, quel talent, quelle merveilleuse facilité de parole, tour à tour abondante, pénétrante, spirituelle, sarcastique, incisive, parfois méchante et même cruelle.

Lasègue cherchait l'esprit quand même. Il mettait son bonheur à éblouir son auditoire, à obtenir des sourires approbateurs sinon des applaudissements. Il trouvait souvent, mais pas toujours, le mot spirituel ; et du besoin de faire de l'esprit, ne lui est-il pas arrivé de chercher à le satisfaire, même en remplissant le sacerdoce de juge dans les examens ?

Citons ici l'épitaphe que lui avait préparée longtemps à l'avance un de ses collègues de la Faculté, un de ses meilleurs amis :

Il parlait bien, écrivait bien,
Hélas ! ce n'était pas sa faute
S'il rappelait par son maintien
Le gros major de table d'hôte.

Ce beau diseur a vécu. Peut-être nos arrière-neveux seront-ils stupéfaits de trouver dans son bagage scientifique si peu de chose et chercheront-ils avec une ardeur méritoire les titres médicaux sérieux d'un homme qui cependant fut si brillant. Cette réputation, fondée principalement sur des effets de parole que le phonographe n'aura pas enregistrés, ne sera peut-être pas comprise ni encore moins appréciée.

Puis voici Krishaber suivi bientôt de Byasson du Bocquillon, qui meurent trop jeunes encore. Enfin l'ancien professeur de médecine opératoire de la Faculté de Strasbourg, Michel, devenu professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy, vient de disparaître.

**

A l'Académie des sciences, Sédillot a été remplacé. Et, bien que la section compétente se fût trouvée divisée, à chiffre égal de voix, dans le classement des candidatures, entre un chirurgien et un physiologiste, c'est le chirurgien qui a été élu. Nos félicitations à M. Richet et à l'Académie des sciences.

**

Pour finir, citons un pataquès échappé à l'un de nos confrères en

dant un temps très long, ainsi que le prouvent les cultures que l'on peut en faire même au bout de plusieurs mois. Pendant tout le temps de l'expérience ils ne donnent pas de germes et leur virulence va en s'affaiblissant. Ainsi la culture de bactéridies filamenteuses restées un mois en contact avec une solution phéniquée au 1/900 tue les lapins et les cobayes. Une culture faite après trois mois ne tue plus les lapins. Dans ces circonstances, la perte de la virulence est moins rapide que dans le cas où la bactéridie végète en présence de l'antiseptique. Ce n'est que peu de temps avant la mort des filaments que l'on constate cette diminution de virulence pour les lapins.

La condition essentielle pour atténuer la virulence de la bactéridie charbonneuse, soit par la méthode des cultures à 42o–43o, soit par celle qui emploie les antiseptiques, est l'absence de spores dans les filaments soumis à l'action prolongée de l'air, de la chaleur ou des agents chimiques divers. La spore est la forme de résistance de la bactéridie; elle la soustrait, pour ainsi dire, à l'action du milieu environnant et conserve les propriétés du filament qui lui a donné naissance. Malgré cette résistance aux agents extérieurs, le germe de la bactéridie peut être modifié et atténué dans sa virulence comme le filament lui-même.

Des spores de bactéridie bien formées, vieilles d'une quinzaine de jours, sont mises en contact avec de l'acide sulfurique à 2 pour 100 et exposées à la température de 35o dans des tubes fermés que l'on agite fréquemment, pour bien assurer le contact de l'acide et des spores. Tous les deux jours une petite quantité de ces spores sont semées dans du bouillon de veau légèrement alcalin. Les cultures ainsi obtenues dans les premiers jours tuent les lapins et les cobayes. La culture faite le huitième ou le dixième jour tue les cobayes, mais est inoffensive pour les lapins; la culture faite le quatorzième jour ne tue plus qu'une partie des cobayes auxquels on l'inocule. Les bactéridies ainsi obtenues donnent rapidement de nombreux germes et conservent leur virulence atténuée dans les cultures successives.

Mais, fait digne de remarque, les cultures issues de spores traitées par l'acide sulfurique et qui ont perdu de leur virulence pour les lapins l'ont conservée pour les moutons et les font périr dans la proportion de sept sur dix. Ce fait et ceux analogues que nous avons rapportés dans notre première note montrent que chaque espèce animale a une réceptivité particulière pour chacune des races de bactéridies que l'on peut créer par les artifices de culture.

La diminution de la virulence des spores de bactéridie et enfin leur mort sous l'action de l'acide sulfurique étendu surviennent d'autant plus rapidement que la température est plus élevée et l'acide plus concentré, et d'autant plus lentement que la température est plus basse et la solution acide plus étendue.

(Cette communication est renvoyée, ainsi que la note du 9 avril, à l'examen de la commission du concours des prix de médecine et de chirurgie.)

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 22 mai 1883. — Présidence de M. Hardy.

Travaux présentés : *De l'eau oxygénée et de sa préparation à l'état de pureté; ses applications à la chirurgie et à la médecine*, par M. Baldy. — *Le Havre, considéré sous le rapport de la démographie et de la constitution médicale*, par M. Lecadre (du Havre). — *De l'eczéma et de son traitement*, par M. le docteur Puy-le-Blanc.—*Leçons sur les maladies vénériennes*, professées à l'hôpital du Midi, par M. le docteur Mauriac.—*Des applications du sphygmographe à l'étude de la bronchite*, par M. le docteur Lahilonne. —*Immunité des ouvriers en cuivre*, par M. le docteur Burq. — *De l'emploi de la glycérine dans le traitement des fièvres aiguës*, par M. le professeur Semmola (de Turin). — *Traité des eaux minérales*, troisième édition, par M. Durand-Fardel. — *De la douche locale*, par M. Emile Tillot.

— M. le Président dit qu'il y a lieu de déclarer trois vacances : 1o dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale; 2o dans la section de pathologie chirurgicale; 3o dans la section des Associés libres.

— M. Béchamp fait une communication sur la zymase du lait de femmes. Il rappelle que, dans une précédente séance, il a annoncé à l'Académie que le lait de femme contient une zymase différente de celle du lait de vache, non seulement par son pouvoir rotatoire plus considérable, mais encore par sa propriété de saccharifier la fécule. M. Blot lui a demandé de s'assurer si le lait de femme, aux différentes phases d'une même traite, contenait toujours la même matière active.

M. Depaul a bien voulu le mettre en état de faire cette vérification, et grâce à M. le docteur Doléris, M. Béchamp a pu se procurer le lait d'une jeune nourrice dont la santé était parfaite.

Il a d'abord recueilli le lait qui avait séjourné dans la glande; puis le lait a été pris après que l'enfant eut tété ; enfin, le lait a été recueilli après une seconde succion de l'enfant, de façon que le troisième échantillon se trouva avoir été trait après dix minutes de succion. Les trois échantillons ont été précipités séance tenante par l'alcool. La suite de l'analyse a été faite au laboratoire du Muséum.

journalisme. Un de ces derniers mardis, M. Péter, ayant invoqué devant l'Académie de médecine un article de M. Ricklin sur les statistiques relatives à la mortalité par la fièvre typhoïde recueillies à l'hôpital Rodolphe, de Vienne, notre reporter, voulant peut-être éviter de citer le nom de notre excellent collaborateur, ou simplement le nom de la Gazette, a entretenu ses lecteurs des *statistiques de M. Rodolphe*.

M. Rodolphe n'a pas protesté.

Dr Péter-Paul Somans.

Concours de l'agrégation. — Le concours pour la nomination à 13 places d'agrégés dans les sections d'anatomie, de physiologie et d'histoire naturelle s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le 1er juin prochain à quatre heures.

Les candidats au nombre de 18 sont :

1o *Academie de Douai* : MM. les docteurs M.-C. Debierre, F.-X Demon et E. Wertheimer.

2o *Académie de Lyon* : MM. les docteurs J.-B. Cogniard et A.-M. Imbert.

3o *Académie de Montpellier* : M. le docteur D.-M. Granel.

4o *Académie de Nancy* : MM. les docteurs A.-A. Lemaire, M.-E. Macé, A.-C. René et A. Sadler.

5o *Académie de Paris* : MM. les docteurs G.-E. Beauvisage, R.-A. Blanchard, L.-F. Henneguy, C. Mangenot, M.-H. Planteau, E.-A. Quenu, P.-A. Reynier et G.-F. Variot.

Le jury se composera de MM. Béclard, président, Baillon, Cadiat, Feltz (de Nancy), Oré (de Bordeaux), Robin, Sappey, Tillaux et Vulpian, juges titulaires, et de MM. Cornil, Duplay, Laboulbène et Richet, juges suppléants.

***

Congrès de Rouen.— L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa douzième session à Rouen du 16 au 24 août 1883.

***

M. le docteur Terrillon commencera ses leçons cliniques sur les affections chirurgicales et les tumeurs de l'abdomen à la Salpêtrière le samedi 26 mai à dix heures et les continuera les samedis suivants. A neuf heures, examen des malades.

Les résultats ont été absolument d'accord avec le fait communiqué par M. Béchamp à l'Académie.

Il est donc un fait certain, vérifié, le lait de la femme contient une autre zymase que le lait de vache; et comme le lait de plusieurs traites successives contient la zymase douée de la même activité, il en résulte qu'elle est le produit de la fonction propre de la glande, et non pas le résultat de quelque altération subie par le lait à la suite de la stagnation dans cette glande.

— M. Léon Labbé lit, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Gosselin et Jules Rochard, un rapport sur une note lue par M. Weber, médecin en chef de l'hôpital de Vincennes, dans la séance du 10 octobre 1882, et intitulée : *Sur l'étoupe à pansement, purifiée et antiseptique.*

M. Weber et son collaborateur, M. Thomas, frappés de ce fait que, dans l'armée, les pièces du pansement de Lister ne pouvaient être employées à cause de leur prix élevé, et de ce que la gaze, le coton ni la gutte ne répondaient pas non plus aux désidérata des chirurgiens, ont proposé de leur substituer une substance antiseptique, inaltérable, d'un prix modéré, d'une pureté absolue, d'une propreté et d'une blancheur irréprochables, élastique, douce au toucher, absorbant facilement les liquides sécrétés par les plaies de même que les agents médicamenteux dont on veut l'imprégner.

Ce produit n'est autre que l'étoupe vulgaire préalablement purifiée et saturée plus ou moins d'acide phénique par la volatilisation de ce dernier.

Les essais faits par MM. Gosselin, Berger et Léon Labbé dans leurs services hospitaliers leur ont montré que les pièces de pansement de MM. Weber et Thomas jouissent de propriétés antiseptiques réelles.

Ce pansement absorbe bien les liquides sécrétés par la plaie.

La suppuration, lorsqu'elle a existé sous le pansement à l'étoupe phéniquée, ne leur a point paru avoir d'odeur ; elle était généralement abondante et de bonne nature.

A l'aide de ce pansement, il est possible d'obtenir des réunions presque complètes par première intention, à la suite d'ablations de tumeurs, d'incisions et de râclages de trajets fistuleux, etc., etc.

Les pièces de pansement préparées par MM. Weber et Thomas réunissent, dans la mesure du possible, les conditions recherchées dans la méthode antiseptique appliquée à la chirurgie des armées.

La supériorité sur les pansements à la charpie adoptés jusqu'à ce jour n'est même pas discutable.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser aux auteurs une lettre de remercîment ; 2° de déposer honorablement leur travail aux archives. (Adopté).

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant: En première ligne, M. Lunier — ; en deuxième ligne, M. Vallin ; — en troisième ligne, M. Ollivier ; — en quatrième ligne, M. Motet ; — en cinquième ligne, M. Legrand du Saulle ; — en sixième ligne, M. Mauriac — Adjoint à la présentation, M. Napias.

Le nombre des votants étant de 74, majorité 38, M. Lunier obtient 56 voix, M. Vallin 16, M. Motet 2.

En conséquence, M. Lunier ayant obtenu la majorité, est proclamé membre titulaire de l'Académie de médecine.

— M. Jules Rochard lit le *rapport de la commission relative aux conclusions à prendre au sujet de la prophylaxie de la fièvre typhoïde.*

La commission, dit M. le rapporteur, a laissé de côté les questions de thérapeutique et de doctrine pour se borner à soumettre à l'Académie quelques conclusions pratiques exclusivement relatives à la prophylaxie et auxquelles elle pense que l'Académie pourra s'associer sans compromettre son caractère et sans s'écarter de la réserve qui convient à sa haute mission. Voici ces conclusions :

1o La mortalité de Paris s'est accrue d'un cinquième depuis dix ans, par suite de l'augmentation progressive du nombre des décès dus aux maladies infectieuses, et en particulier à la fièvre typhoïde. Cette augmentation elle-même a été déterminée par un ensemble de mauvaises conditions hygiéniques qu'il est possible de faire disparaître ou tout au moins d'atténuer dans de très fortes proportions. Nous citerons dans ce nombre :

1o L'encombrement de quelques arrondissements excentriques, vers lesquels les populations pauvres ont été refoulées par les grands travaux accomplis dans les quartiers du centre ; ces arrondissements sont surtout habités par les ouvriers qui viennent de la province et de l'étranger.

2° La malpropreté de ces logements garnis et surtout de leurs lieux d'aisance où l'eau manque le plus souvent ;

3° Le mauvais état et le nettoyage insuffisant d'une partie de notre réseau d'égouts ;

4° La présence autour de Paris de dépotoirs et de dépôts de voirie beaucoup trop rapprochés de la ville et qui en infectent l'air pendant l'été ;

5° La mauvaise qualité des eaux de l'Ourcq, de la Seine et de la Marne qui entrent pour les deux tiers dans l'approvisionnement de Paris et qui n'ont pas la pureté nécessaire pour servir à l'alimentation.

L'Académie pense qu'il est urgent de prendre les mesures nécessaires pour combattre ces causes d'insalubrité. Elle appelle l'attention des pouvoirs publics sur les suivantes, qui lui paraissent les plus propres à atteindre le but :

1o Accroître et mieux définir les attributions de la commission des logements insalubres ; simplifier son action et faire exécuter ses décisions ;

2o Veiller à ce que la police exerce une surveillance incessante sur les logements garnis, afin de s'assurer qu'ils sont proprement tenus et qu'ils ne renferment pas plus de locataires qu'il ne convient ;

3o Eloigner de la ville les dépotoirs, les dépôts de voirie ; les transporter à une distance suffisante, pour que leurs émanations ne puissent plus nuire ;

4o Réparer les égouts qui sont en mauvais état et en assurer le nettoyage par l'augmentation et la meilleure répartition des eaux consacrées à leur lavage ;

5o Prendre les mesures nécessaires pour que les eaux de source soient réservées aux usages alimentaires et distribuées dans toutes les maisons, en consacrant celles de la Seine, de la Marne et de l'Ourcq à la propreté de la voie publique.

De plus, et comme corollaire de cette discussion, l'Académie croit devoir appuyer de toute son autorité le vœu, depuis longtemps formulé, que tout ce qui touche à la santé publique en France soit, à l'exemple d'autres pays, placé sous une direction spéciale et compétente qui assurerait l'exécution de toutes les mesures d'hygiène publique.

Sur la demande de M. Fauvel, appuyée par beaucoup de membres, la discussion du rapport de M. Rochard est remise à la prochaine séance.

— M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) lit un rapport sur le travail de M. Luc Bellos (d'Athènes) sur les *fièvres dites paludéennes.*

Ce mémoire, résultant des observations recueillies en Grèce pendant douze années de pratique, paraît dans son ensemble avoir pour principal objectif la démonstration de l'identité des formes morbides actuellement observées dans ce pays et de celles qui sont décrites dans les œuvres d'Hippocrate.

Ce travail renferme des considérations originales sur la chaleur fébrile, par exemple sur l'action très différente des bains froids suivant qu'ils sont administrés, soit à un sujet en période de chaleur ascendante, comme pendant les premiers stades de l'accès,

où le refroidissement ainsi obtenu ne sera que de quelques dixièmes de degré, soit à un malade arrivé au stade suivant, durant lequel ces bains entraîneront une dépression thermique de deux on trois degrés.

Un autre chapitre démontre la fréquence en Grèce de cette fièvre hémoglobinurique, sur laquelle M. Colin a présenté un intéressant mémoire de M. Karamitzas (d'Athènes), fièvre qui n'est autre chose en somme que la bilieuse hématurique observée dans nos diverses colonies, et plus particulièrement au Sénégal.

Le chapitre consacré au diagnostic du *causus* démontre la difficulté, ici comme ailleurs, de distinguer cette affection de la fièvre typhoïde, difficulté d'autant plus sérieuse que cette dernière maladie est actuellement considérée comme « la plus fréquente des maladies fébriles du pays », preuve nouvelle ajoutée à tant d'autres du cosmopolitisme de la fièvre typhoïde, que, pendant longtemps, on a prétendu être l'endémie de la zone tempérée de l'Europe, et particulièrement de la France.

M. le rapporteur propose : 1o d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements ; 2o de déposer très honorablement son mémoire aux archives. (Adopté.)

— M. Pasteur fait une communication sur le différend qui s'est élevé entre lui et la commission de l'École vétérinaire de Turin, et dont il a été plusieurs fois question dans le cours de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Pasteur communique l'échange de lettres qui a eu lieu entre lui et la commission de Turin, et d'où il résulte qu'à l'offre réitérée faite par lui à la commission, d'aller à Turin même répéter les expériences d'inoculation du virus charbonneux, la commission a répondu en demandant que M. Pasteur voulût bien, au préalable, lui tracer le programme des expériences qu'il se proposait d'exécuter. On sait que la contestation porte sur les différences dans l'état du sang d'un mouton mort charbonneux, suivant qu'on l'étudie dans les premières heures qui suivent la mort ou le lendemain de la mort.

La commission de Turin avait attendu plus de vingt-quatre heures pour recueillir le sang d'un cadavre destiné à contrôler l'immunité acquise par la vaccination charbonneuse. M. Pasteur déclara que la commission avait eu tort d'agir ainsi, parce que le sang inoculé dans ces conditions était à la fois charbonneux et septique.

Tel est l'état de la question : la commission prétendant que le sang du mouton n'était pas septique, et M. Pasteur s'efforçant de démontrer à ses contradicteurs que le sang d'un mouton mort charbonneux devient septique, même douze ou quinze heures après la mort ; ce dont il déclare s'être assuré par des expériences faites dans son laboratoire, sous sa direction, par son collaborateur, M. Roux.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mai 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Influence du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs.

M. Verneuil répond d'abord au discours de M. Trélat.

Après avoir constaté que le désaccord entre eux porte plutôt sur la forme que sur le fond, il aborde successivement les différents points en discussion. Dans mon rapport, dit M. Verneuil à propos de l'observation de M. Redard, j'ai dit que l'augmentation de l'albumine démontre avec la dernière évidence l'action aggravante du traumatisme sur les propathies. M. Trélat a cru que j'élevais cette proposition à la hauteur d'une loi, et il m'a reproché une généralisation excessive. Mais je n'ai point dit que le traumatisme aggravait toujours les propathies, car je me suis exprimé ainsi : « Abstraction faite des complications venues du milieu ambiant, le traumatisme à lui seul, intervenant sur des sujets antérieurement atteints de maladies diverses, *peut exercer et souvent exerce* une action puissante sur ces maladies. » D'ailleurs, cette action, je ne la considère pas comme nécessairement aggravante, puisque j'ajoute qu'elle peut être *salutaire ou nuisible*, ou à la fois *salutaire et nuisible*. C'est cette dernière action qu'a eue le traumatisme sur le malade de M. Redard, et M. Trélat aurait été d'accord avec moi si j'avais formulé la proposition de la façon suivante : lorsque le même sujet est atteint à la fois de plusieurs propathies, le traumatisme peut réagir d'une façon différente sur chacune d'elles ; d'où la nécessité pour établir le pronostic de calculer les chances favorables ou fâcheuses de tous les facteurs morbides réunis.

L'influence du traumatisme peut se produire dans toute autre dyscrasie. On sait que les blessures légères ou graves provoquent souvent les phénomènes nerveux de l'alcoolisme, accroissent d'ordinaire les symptômes du diabète, et rappellent chez les anciens paludiques les accès de fièvre.

L'apparition assez fréquente d'exostoses ou d'ulcérations caractéristiques au point contus chez de vieux syphilitiques accuse clairement le réveil de la diathèse en apparence éteinte. L'aggravation de la phthisie pulmonaire par les opérations chirurgicales n'est plus à démontrer, et d'après M. Ch. Leroux les amputations des membres chez les phthisiques accélèrent la marche des lésions thoraciques dans la moitié des cas.

Les chances d'aggravation par le traumatisme sont peut-être plus grandes encore pour le cancer que pour le tubercule. La blessure directe d'un néoplasme en provoque d'ordinaire l'accroissement rapide ; l'ablation incomplète d'une tumeur maligne est d'ordinaire suivie à courte échéance d'une récidive locale marchant avec une extrême intensité.

Les cancers viscéraux ignorés au moment de l'opération prennent de même un rapide développement sous l'incitation traumatique. Tous les chirurgiens ont vu, et j'ai signalé moi-même ces cancers secondaires du poumon, qui enlèvent rapidement des femmes atteintes de carcinomes mammaires ou des adolescents amputés pour des ostéosarcomes

Le traumatisme accidentel jouit des mêmes propriétés. L'on en trouve de nombreux exemples dans la thèse de M. Cerné. Un sujet porte un cancer interne, qui ne l'empêche pas de vaquer à ses affaires ; il se fait une fracture sans gravité de l'extrémité inférieure du péroné et quelques jours après il est mort.

M. Verneuil cite un grand nombre d'exemples à l'appui de la thèse qu'il soutient, puis il aborde l'action d'un traumatisme sur les affections des organes majeurs, cerveau, poumons, cœur, foie, reins. Il cite plusieurs exemples d'affections cérébrales brusquement aggravées jusqu'à la mort par une opération chirurgicale. Billroth a signalé deux cas de méningites survenues après des traumas, chez des sujets atteints de lésions ignorées de la boîte crânienne.

Certaines pneumonies non tuberculeuses peuvent être aggravées par le traumatisme.

L'aggravation des cardiopathies latentes ou reconnues est non moins incontestable. Cette aggravation peut être peu sérieuse, mais d'autres fois la mort peut en être la conséquence. C'est à cette cause qu'il faut rapporter certaines morts promptes, attribuées soit au choc, soit à l'action du chloroforme pendant l'opération.

Le traumatisme aggrave également les maladies du foie, celles des reins. C'est par le rein que meurent souvent les vieillards à la suite de fractures, les femmes à la suite de l'amputation du col de l'utérus.

Je maintiens donc cette proposition générale que le traumatisme peut aggraver toutes les propathies. Quant à dire pourquoi, chez un malade porteur d'une diathèse, un premier trauma reste silencieux, tandis qu'un second retentit sur la diathèse, je l'ignore, de même que je ne puis expliquer par quel mécanisme une simple

fracture du péroné réveille une fièvre palustre éteinte depuis dix ans.

M. Polaillon lit une observation à l'appui de la théorie de M. Verneuil. Il s'agit d'une méningite tuberculeuse développée à la suite d'un traumatisme opératoire :

Une femme de quarante et un ans, à laquelle on fait l'évidement du calcanéum pour une ostéite fongueuse; trois semaines après l'opération, accidents cérébraux qui durent quinze jours, au bout desquels la malade succombe, et à l'autopsie on trouve une méningite tuberculeuse et des granulations tuberculeuses aux sommets des deux poumons et sur le péritoine. Chez cette malade, le traumatisme a été l'occasion d'une explosion de tuberculose généralisée.

Pour M. Polaillon, le traumatisme chez les tuberculeux peut avoir trois actions différentes : ou bien il aggrave la tuberculose, ou il l'améliore, ou il est sans effet aucun.

M. Périer cite le cas d'un homme atteint d'arthrite coxo-fémorale que l'on pensait être de nature rhumatismale. Comme il existait une mauvaise position de la jointure, on redressa le membre sous le chloroforme. Tout de suite après le réveil, le malade eut une dyspnée qui ne cessa pas jusqu'à la mort qui arriva trois semaines après; à l'autopsie, on trouva les poumons farcis de tubercules miliaires. M. Périer avait attribué l'explosion de cette tuberculose, chez un malade que l'on sut après appartenir à une famille de tuberculeux, à l'influence du chloroforme sur la muqueuse pulmonaire; mais M. Verneuil n'hésite pas à la rapporter au traumatisme.

— M. Larrey dépose sur le bureau un volume de M. Bérenger-Féraud, intitulé : *Race provençale, caractères anthropologiques*.

— M. Robert présente un malade auquel il a fait l'ablation de l'astragale pour une ostéite tuberculeuse non suppurée.

Dr Henri Bastard.

DEUXIÈME CONGRÈS DE MÉDECINE DE WIESBADEN

Suite. — Voir le numéro précédent.

M. Heubner a pu développer sur la muqueuse vésicale des lésions identiques à celles de la diphthérie, en supprimant momentanément, au moyen d'une ligature, l'afflux du sang dans une certaine étendue de cette muqueuse. Le premier jour de l'expérience, le territoire ischémié est le siège d'un œdème hémorrhagique; le second jour, il se forme un exsudat qui le lendemain revêt tous les caractères des lésions diphthéritiques. Ayant pris des animaux porteurs de pareilles lésions, il leur a inoculé, dans les muscles du dos, du virus charbonneux. Lorsque l'inoculation avait lieu au début de l'évolution des altérations ischémiques développées du côté de la muqueuse vésicale, il se faisait dans les capillaires de la région ischémiée une accumulation énorme de bacilles charbonneux; nulle part ces bacilles ne se rencontraient hors des vaisseaux. De même, à la suite de l'inoculation de produits diphthéritiques à des animaux placés dans les conditions qui viennent d'être indiquées, les vaisseaux des portions de la muqueuse vésicale soumis à une ischémie préalable renfermaient un grand nombre de micrococques, peut-être même des bâtonnets; en même temps survenait une tuméfaction énorme de la rate, des hémorrhagies dans différents organes, et les animaux succombaient au bout du deuxième ou du troisième jour. En inoculant à d'autres animaux des fragments de la portion de la muqueuse vésicale où siégeaient les lésions susdites, on reproduisait les mêmes accidents. M. Heubner conclut que lorsqu'une infection générale s'est déclarée dans l'organisme, les membranes muqueuses qui sont le siége d'une inflammation accidentelle deviennent par cela même un foyer d'accumulation du virus infectieux. Il est probable que dans la diphthérie humaine les choses se passent ainsi. Cependant jusqu'ici on n'a pas démontré, d'une façon sûre, la présence de germes organisés infectieux dans les foyers qui représentent les déterminations locales de la diphthérie sur les muqueuses. Il n'est pas démontré davantage que le virus de la diphthérie s'amasse d'abord dans ces foyers, pour de là gagner le sang et engendrer l'infection générale. Voilà sans doute pourquoi les traitements topiques dirigés contre les lésions circonscrites qu'on considère comme des foyers d'invasion se sont montrés impuissants jusqu'ici, à prévenir l'infection. Seules les médications internes agissant sur l'ensemble de l'organisme pourront donner des résultats favorables.

— M. Rossbach a fait remarquer que les amygdales chez l'homme et les animaux, sont le siége d'une émigration continue de globules blancs et que là où peut passer un globule blanc peut passer aussi un microbe; donc, contrairement à l'opinion de Heubner, il pense que l'infection diphtéritique n'exige pas une solution de continuité préalable de l'épithélium de la muqueuse qui vient en contact avec le contage. La papayotine, est non pas un remède spécifique de la diphtérie, mais un dissolvant des fausses membranes; malheureusement celle qu'on trouve dans le commerce, en Allemagne, est de mauvaise qualité.

Pour M. Leube, une seule cautérisation des parties recouvertes de fausses membranes avec un mélange à parties égales d'alcool et d'acide phénique, constituerait au début de la diphtérie une médication excellente, capable d'enrayer dans bien des cas les progrès du mal.

—La troisième question générale portait comme intitulé : *Du traitement abortif des maladies infectieuses*. M. Binz, chargé de faire le rapport sur cette question, a commencé par affirmer que, si les maladies infectieuses se sont dépouillées du caractère redoutable qu'elles revêtaient dans les siècles passés, ce résultat était attribuable à la fois aux progrès de l'hygiène publique et privée et aux progrès de la thérapeutique. Il sera difficile d'arrêter la marche des maladies infectieuses avec les seules armes de l'hygiène; il faudrait, pour cela, éteindre le paupérisme et bannir de la terre la misère et la malpropreté qu'attirent à leur suite les grandes agglomérations humaines. Et encore, l'exemple des dernières années, qui nous montre les maladies infectieuses portant leurs ravages jusque dans les palais, nous apprend que l'hygiène la plus rigoureuse ne suffit pas à assurer la prophylaxie des maladies virulentes. La thérapeutique aura donc toujours à intervenir dans la lutte que l'humanité soutient contre ces fléaux. Y a-t-il des raisons de croire que la médecine, armée des ressources de la thérapeutique, triomphera un jour de ces ennemis invisibles de l'humanité qui fomentent les maladies infectieuses et que la science moderne prétend nous faire découvrir dans des organismes microscopiques? Avons-nous le droit d'espérer que dans un temps prochain nous posséderons les moyens de détruire ces germes ou de les rendre inoffensifs, lorsque déjà ils ont pénétré dans notre organisme?

Oui, répond M. Binz, car cette espérance s'est déjà réalisée pour un certain nombre de maladies infectieuses. Déjà nous possédons cinq médicaments que nous dépêchons dans l'organisme sur les traces des irritants pathogènes, pour paralyser leur action nocive et pour guérir ainsi l'état morbide entretenu par la présence de ces agents pathogènes. Ces médicaments sont : la quinine, le mercure, l'iode, l'arsenic, l'acide salicylique.

Que le sulfate de quinine soit souverain contre la fièvre intermittente, cela n'est pas douteux; ce qui ne l'est pas davantage, pour Binz, c'est que le sulfate de quinine coupe les manifestations de l'infection paludéenne en s'attaquant aux micro-organismes qui sont les agents de cette infection. Cette opinion a été soutenue par Binz avant même que les travaux de Klebs et de Tommasi nous eussent renseignés d'une façon positive sur l'existence des micro-organismes en question; dès 1867, Binz avait signalé l'action paralysante que le sulfate de quinine exerce sur le protoplasma des organismes inférieurs, principalement dans les matières végétales en fermentation. Récemment, il a démontré que l'addition d'une

très minime quantité de sulfate de quinine dans des cultures des bacilles de la malaria arrête le développement de ce micro-organisme. Enfin, d'après Binz, il est avéré que le sulfate de quinine est doué d'une efficacité prophylactique contre les atteintes de la malaria.

Dans ces dernières années, on a mis à jour des médicaments comparables, dans une certaine mesure, au sulfate de quinine, et qui réalisent comme ce dernier ces trois conditions : d'être des substances antiseptiques, d'être relativement inoffensifs pour l'organisme humain, de traverser les humeurs sans subir d'altération. Parmi ces substances, la plus connue et la plus employée est le salicylate de soude ; viennent ensuite l'acide crésotinique, l'hydrochinine, la résorcine, la quinoline, la kaïrine. Elles se distinguent de la quinine en ce que leur action parasiticide porte sur d'autres agents pathogènes ; ainsi l'acide salicylique détruit admirablement le principe du rhumatisme articulaire aigu, contre lequel le sulfate de quinine est à peu près impuissant. De même, l'acide salicylique jouit d'une efficacité relative contre la fièvre récurrente, où le sulfate de quinine est sans action. Les préparations mercurielles, qui toutes se transforment en sublimé dans l'organisme, atténuent tellement le micro-organisme (hypothétique) de la syphilis, qu'au bout de quelques semaines de traitement la syphilis devient latente pour un temps souvent très long ; l'iode, mis en liberté par l'iodure de potassium, abaisse en quelques jours les douleurs causées par les proliférations qui ont pour siège les tumeurs gommeuses. M. Binz conclut que bien certainement nous posséderons bientôt des moyens sûrs de combattre les germes infectieux de la diphthérie, de la tuberculose et des autres maladies parasitaires.

La plupart de ceux qui ont pris la parole à la suite de la lecture du rapport de M. Binz ont abondé dans le même sens. Seul, M. Jürzensen a déclaré que pour sa part il ne croyait pas qu'on pût s'attaquer directement aux parasites dans les cas de maladies infectieuses, et tuer en quelque sorte le principe infectieux dans l'organisme du malade.

Hoffmann a injecté dans les veines, chez des hommes, des solutions alcooliques de sulfate de quinine (1 grain par centimètre cube) ; il en a injecté jusqu'à 30 cc. (1 gr. 8 de quinine) sans inconvénient pour les malades, mais aussi sans avantage ; l'effet était le même que si l'on avait administré par la bouche une dose double.

Sur l'initiative de M. Leyden, une commission a été nommée pour soumettre à une enquête scientifique la question des médications abortives à diriger contre les maladies infectieuses.

(A suivre).

E. Ricklin.

FORMULAIRE

Pilules d'atropine contre l'hyperhydrose et l'urticaire. (Schwimmer).

Rec. Sulfate d'atropine 0,008 milligrammes.
Glycérine } āā 2 grammes.
Eau distillée }
Gomme adragante q. s. a.

Pour f. s. a. pilules n° XVI.

Chacune de ces pilules renferme 1/2 milligramme d'atropine. On commencera par faire prendre une pilule chaque jour. Dans les cas d'urticaire rebelle, on pourra porter progressivement la dose quotidienne jusqu'à 6 et 8 pilules.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Des ictères graves et des hépatites parenchymateuses. — Des cirrhoses du foie ou hépatites prolifératives, par E. Lancereaux.

M. Lancereaux a fait tirer à part des leçons cliniques d'un grand intérêt qu'il a faites à l'hôpital de la Pitié sur certaines affections du foie, et qui ont été publiées dans la Revue de médecine par les soins de son élève, M. Gnelliot.

Trois considérations ou trois principes, suivant notre confrère, doivent diriger le clinicien en présence des affections du foie : la notion de la maladie générale dont la lésion hépatique est une manifestation locale, la connaissance de l'étiologie, la dualité anatomique du foie.

La première de ces considérations trouve une application immédiate dans l'étude de l'ictère grave, dont quelques malades de son service lui ont fourni les principaux éléments. Il s'agit d'abord de l'*ictère grave essentiel*, dénomination à laquelle M. Lancereaux préfère avec raison celle de *fièvre ictérique*, qui implique l'idée d'une maladie générale dont l'ictère est une manifestation symptomatique. Le foie, qui est le siège d'une hépatite parenchymateuse ou épithéliale, n'est pas, en effet, le seul organe viscéral qui soit atteint : les poumons, la rate, les reins, etc., présentent communément des altérations anatomiques. Pour M. Lancereaux, la fièvre ictérique offre de grandes analogies avec la fièvre récurrente et la fièvre typhoïde bilieuse décrite par Griesinger. Elle a une origine miasmatique, ce qui la rapproche de la fièvre jaune, dont elle ne serait, à vrai dire, qu'une forme légère, une forme ébauchée, en rapport avec nos conditions climatériques. Et, de fait, nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié l'important travail publié en 1878 dans la Gazette médicale par MM. Jules Arnould et Coyne sur une *série de cas d'ictère grave* observés dans la garnison de Lille. Nos savants collaborateurs auraient dit volontiers *épidémie* au lieu de série, et l'expression de *fièvre jaune nostras* est venue tout naturellement sous leur plume.

Après l'ictère grave essentiel, M. Lancereaux passe en revue les ictères graves symptomatiques ; ictères pyrétiques (liés aux maladies fébriles, fièvre typhoïde, variole, scarlatine, pneumonie, etc.), ictère septicémique, ictères toxiques (empoisonnement, par le phosphore, l'arsenic, l'antimoine), ictère gravidique. Dans tous ces cas, l'ictère grave a pour expression anatomique une hépatite parenchymateuse ou épithéliale, et les symptômes se groupent sous trois chefs principaux : diminution de la sécrétion biliaire, altération du sang, troubles de l'innervation.

Le second principe établi par M. Lancereaux pour l'étude des affections du foie réside, avons-nons dit, dans la connaissance de l'étiologie. Notre savant confrère en montre la justesse et l'importance dans la description qu'il donne des cirrhoses du foie ou hépatites prolifératives. Voilà, par exemple, deux malades atteints de cirrhose hypertrophique : chez l'un la maladie aura une marche rapide et la terminaison fatale arrivera en quelques semaines ; chez l'autre elle présentera une longue et lente évolution qui pourra durer plusieurs années. Si l'on remonte aux circonstances étiologiques, on voit que le premier malade est un alcoolique et que le second est sous l'influence de l'intoxication palustre.

Les hépatites interstitielles reconnaissent dans nos pays trois causes principales : la syphilis, l'impaludisme et l'alcoolisme. M. Lancereaux les décrit successivement. Il distingue deux formes de cirrhose alcoolique, l'une atrophique qui rappelle la cirrhose syphilitique ; l'autre hypertrophique qui se rapproche de la cirrhose impaludique. Il insiste sur les caractères distinctifs de ces différentes formes de cirrhose et sur l'intérêt qui en résulte pour le pronostic et le traitement.

La dualité anatomique du foie, qui constitue le troisième

principe sur lequel M. Lancereaux fait reposer l'ètnde clinique des affections de cet organe, est, en effet, nn élément d'une haute importance. Tandis qne, dans les affections hépatiques liées à nne maladie générale ou à une intoxication aiguë, c'est le parenchyme qui est atteint, la cellule glandulaire qui est altérée, dans les cirrhoses c'est la trame conjonctivo-vasculaire qui est le siège de la lésion. Les cirrhoses hypertrophiques, dans lesquelles la dégénérescence des cellules glandulaires coïncide avec l'hypertrophie dn tissu conjonctif, servent comme de transition entre les deux ordres d'affections.

L'enseignement clinique est fécond lorsqu'à l'analyse des faits s'ajoute la synthèse qui les rapproche, les compare et en tire, sinon toujours des lois, dn moins des données générales propres à éclairer l'observation nltérieure. On pent voir, par le court aperçu qui précède, que l'enseignement hénévale de M. Lancereaux remplit cette heurense condition.

D[r] F. DE RANSE.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Le concours pour la nomination à 11 places d'agrégés dans les sections des sciences physiques (physique, chimie et pharmacologie) s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le 1er juin prochain à quatre heures.

Les candidats au nombre de 10 sont :

1o *Académie de Bordeaux* : M. le docteur P.-M. Blavez.

2o *Académie de Lyon* : MM. les docteurs G.-G. Linosier et J.-A. Imbert.

3o *Académie de Montpellier* : M. le docteur J.- J. Ville.

4o *Académie de Nancy* : M. le docteur A.-F. Lambling.

5o *Académie de Paris* : MM. les docteurs A. Bagnéris, J.-A. Bergonié, J.-M. Doumer, P.-E. Guebhard et A.-G. Ponchet.

Le jury se composera de MM. Gavarret, président, Bourgoin, Engel (de Montpellier), Gariel, Monoyer (de Lyon), Regnauld et Wurtz, juges titulaires, et de MM. Bouchardat, Hayem et Panas, juges suppléants.

⁂

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — Dans l'assemblée générale du 2 avril 1883, M. le docteur Boutequoy a exprimé, au nom de la Société de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine le vœu qu'il soit établi au siège de l'Association générale, à Paris, un centre d'informations, auquel seraient adressés, par les soins des bureaux des Sociétés locales, les avis, des renseignements sur toutes les vacances des postes médicaux qui viendraient à se produire dans leurs ressorts respectifs, par suite de décès ou autrement.

Ce vœn a été pris en considération par l'assemblée, et il a été renvoyé à l'examen du Conseil général. Celui-ci a nommé, dans sa séance du 20 avril, une commission chargée d'étudier la question et d'en préparer la solution pratique.

M. le docteur Martineau, secrétaire de l'Association et rapporteur de la commission, a proposé au Conseil général, dans sa séance du 4 mai, d'adopter en principe et de procéder de suite à un premier essai de son application. Les résultats obtenus dans cette voie, d'ici à la prochaine assemblée générale, constitueraient évidemment l'élément principal de la résolution qui devra être adoptée alors d'une manière définitive.

M. Martineau a bien vouln, en outre, se charger de tenir un registre où toutes les demandes et offres d'emploi seront inscrites et de communiquer ce registre à tous ceux qui auront intérêt à le consulter ; mais pour qu'il puisse mener à bien cette tâche laborieuse, le concours des bnreaux des Sociétés locales est indispensable et lui sera certainement acquis.

Il ne serait pas moins utile de faciliter aux médecins, membres de l'Association, les moyens de se faire remplacer temporairement dans leur clientèle, soit pendant une maladie, soit pendant un voyage. Toutes les demandes de ce genre seront également reçues par M. Martinean, et communiquées par lui aux intéressés.

Le bureau de l'Association compte s'adresser à MM. les doyens des Facultés de médecine, à MM. les directeurs des écoles secondaires, à MM. les administrateurs et directeurs des grands hôpitaux, afin de donner la plus grande publicité possible à cette organisation, et de la porter à la connaissance des jeunes docteurs et des étudiants sur le point d'être reçus.

Toutes les communications devront être adressées à M. le docteur Martineau, secrétaire de l'Association, rue Cambon, no 24, Paris.

⁂

HÔPITAL DU MIDI. — *Maladies vénériennes et syphilitiques.* — M. le docteur Horteloup commencera des conférences le dimanche 20 mai, à neuf heures, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

A neuf heures, visite des malades.

A neuf heures et demi, conférence et opérations.

⁂

HÔTEL-DIEU. — M. le professeur Lefort reprendra ses conférences cliniques le mercredi 30 mai, à neuf heures, amphithéâtre Desault et les continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Visite de malades, à huit heures et demie.

⁂

AVIS. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 27 mai, dans la forêt de Chantilly.

— Le départ s'effectuera de la gare du Nord à huit heures cinq minutes.

⁂

LEGS LOUIS. — L'Académie de médecine est autorisée à accepter, aux clauses et conditions imposées, le legs que lui a fait Mme Vve Louis, d'une rente perpétuelle de mille francs en 3 p. 0[0] sur l'Etat français. Cette rente sera employée à la fondation d'un prix triennal de 3,000 francs, qui sera distribué sous le nom de « Prix Louis » à l'auteur de l'ouvrage jugé le meilleur sur l'action d'un ou de plusieurs agents thérapeutiques qui auront été désignés et qui sont journellement employés.

⁂

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de clinique et pathologie internes s'onvrira le 9 novembre 1883. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

⁂

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine, d'hygiène et thérapentique, s'ouvrira le 19 novembre 1883. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'onverture dudit concours.

— M. le docteur Grandin, suppléant de chimie et d'histoire naturelle, est nommé professeur de médecine et de toxicologie en remplacement de M. le professeur Brame, admis à la retraite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

146. M. Didsbury. De l'état des gencives chez les femmes enceintes et de leur traitement. — 147. M. Charier. Esssai sur l'œdème consécutif aux hémorrhagies. — 148. M. Picot. Traitement de la fistule à

l'anus par la ligature élastique non serrée ou tube à drainage. — 149. M. Barrera. De la variabilité des signes d'auscultation du rétrécissement métral. — 150. M. Gustin. Etude clinique sur l'inoculabilité de la diphthérie. — 151. M. Romanet. Recherches sur la guérison du pneumothorax chez les phthisiques. — 152. M. Dncasse. Essai sur l'emploi du bromure d'éthyle dans les accouchements naturels simples. — 153. M. Delaittre. Etude sur l'historique, l'étiologie et la pathogénie de la syphilis héréditaire. — 154. M. Marie. Contribution au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. — 155. M. Amanieux. De la poudre de viande, son administration directe, ses effets. — 156. M. Epery. Essai sur le moté. — 157. M. Balocakis. Des lésions aortiques chez les ataxiques. — 158. M. Peisson. Des végétations adénoïdes du pharynx nasal.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 11 mai au jeudi 17 mai 1883.

Fièvre typhoïde 48. — Variole 19. — Rougeole 33. — Scarlatine 1. — Coqueluche 19. — Dipthérie, croup 47. — Dysenterie 0. — Erysipèle 8. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 68. — Phthisie pulmonaire 225. — Autres tuberculoses 14. — Autres affections générales 78. — Malformation et débilité des âges extrêmes 62. — Bronchite aiguë 36. — Pneumonie 94. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 47, — au sein et mixte 23, — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 109. — de l'appareil circulatoire 57. — de l'appareil respiratoire 91. — de l'appareil digestif 50 — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 2. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 31. — Causes non classées 6. — Total de la semaine : 1206 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De la Dermatite exfoliatrice généralisée, par le docteur L. Brocq, ancien interne, lauréat des hôpitaux et de l'hôpital Saint-Louis. — In-8 de 240 pages avec 2 planches hors texte. — Prix : 5 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De la Hernie obturatrice, par le docteur Pimbet. — In-8 de 240 pages. — Prix : 4 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Leçons sur la physiologie du système nerveux (sensibilité), professées à la Faculté de médecine de Paris, par Mathias Duval, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'École des beaux-arts. — In-8 de 138 pages, avec 30 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Leçon sur le Lavage et le Gavage de l'estomac, par Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Grand in-8 avec figures. — Prix : 1 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Recherches sur le passage des éléments figurés a travers le placenta, suivies de considérations sur la variole fatale et la vaccination congénitale, par Jules Chambrelent. — In-8 de 40 pages. — Prix : 2 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 31 mai 1883.

Académie de médecine. — DISCUSSION DU RAPPORT DE LA COMMISSION RELATIVE AUX CONCLUSIONS A PRENDRE AU SUJET DE LA PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Un long débat comme celui qui a passionné l'Académie pendant près d'une année ne pouvait pas avoir pour unique résultat de laisser croire au public que les médecins s'entendent fort peu sur les causes de la fièvre typhoïde et encore moins sur le traitement de cette maladie. Pour toutes sortes de bonnes raisons, il était désirable qu'il en sortît quelque chose de pratique.

La majorité de l'Académie a été de cet avis; elle a pensé que s'il ne lui appartenait pas de trancher prématurément la question d'étiologie, de réglementer le traitement de la fièvre typhoïde que tant de gens prétendent guérir et par des moyens très divers, elle avait pour devoir d'appuyer auprès de l'autorité les vœux de tous les hommes éclairés concernant les améliorations urgentes à introduire dans l'hygiène de la capitale. La Commission qu'elle a nommée dans ce but a parfaitement compris sa tâche. Elle a écarté à dessein les questions de principe et les qnestions techniques qui échappaient à sa compétence. Elle n'a pas eu le moins du monde la prétention de faire imposer à nos édiles des solutions sur des questions les unes fortement controversées et les autres se heurtant à des difficultés considérables. Elle a simplement rappelé que dans la dernière période décennale, les maladies infectieuses ont exercé sur la population parisienne des ravages croissants ; en regard de ce fait indéniable, elle a étalé au grand jour les influences diverses capables d'expliquer ce résultat et qui, se multipliant de jour en jour, tendent de plus en plus à faire de Paris une cité malsaine. Elle a donc proposé à l'Académie de se prononcer catégoriquement sur l'urgence de telle et telle mesure sanitaire, en abandonnant la question du comment à qui de droit. C'est pour avoir observé cette juste mesure que la Commission a encouru les reproches diamétralement opposés de M. Fauvel et de M. Blot; l'un trouvant que les conclusions déposées par M. Rochard dans le cours de la dernière séance en disent trop et l'autre qu'elles n'en disent pas assez.

Pour M. Fauvel, c'est déjà un tort que l'Académie adresse des conseils à qui ne lui en demande pas, et comme s'il avait tenu à laisser entendre que ce qui lui déplaisait surtout dans cette affaire, c'était l'initiative d'autrui, l'Inspecteur général des services sanitaires a présenté à son tour des conclusions qui reproduisent sous une forme plus vague et plus édulcorée les vœux formulés par la Commission. M. Bergeron ne s'est pas fait faute de le lui dire, en rappelant aussi à M. Fauvel que l'initiative de l'Académie a donné des résultats heureux dans les rares occasions où elle a cru devoir s'exercer. Lorsqu'ensuite M. Blot a reproché à la Commission d'adresser à l'autorité des conseils inutiles parce qu'ils ne lui appren-

FEUILLETON

DES BAINS CHAUDS AU JAPON, par CH. RÉMY.

L'usage du bain est très répandu dans le Japon. Il se prend quotidiennement, il est presque aussi obligatoire que les ablutions matinales. Il n'y a pas dans Tokio (Yeddo) ou aux environs, de maison de quelque importance ou hôtellerie qui n'ait sa chambre de bain, et les bains publics sont à un prix extrêmement peu élevé. Le bain avec le linge y coute 2 sens, un peu moins de 10 centimes. C'est une chose remarquable de voir comment les Japonais ont su trouver pour les objets de première nécessité à la fois le bon marché et le côté pratique. Cependant tout n'est pas parfait dans ces bains publics, comme nous le verrons plus loin.

Voici la disposition d'une chambre de bain. Une partie du plancher est inclinée pour laisser couler l'eau; l'autre est surélevée pour se mettre au sec. Dans la partie basse sont une baignoire, un petit réservoir d'eau froide, quelques baquets, le tout en bois.

La baignoire, moins longue que la nôtre, mais plus profonde, est une cuve ovale ou carrée en bois, dans laquelle il faut s'accroupir les jambes pliées au lieu de se coucher. Le système de chauffage en est ingénieux et simple. Un tuyau de poêle, en communication avec un fourneau à charbon, traverse le fond de la cuve, puis sa cavité, et s'élève à quelque hauteur maintenu par une planchette posée sur les bords de la baignoire.

Quelques charbons suffisent pour élever et maintenir la température au point voulu.

Les Japonais prennent les bains à une chaleur insupportable pour les Européens: notre bain le plus chaud leur paraît froid. La température qu'ils aiment oscille entre 42 et 50 degrés centigrades; elle varie suivant les lieux : moindre dans l'intérieur du pays, elle atteint son maximum dans les villes du littoral ouest.

Du reste le Japonais ne séjourne pas, comme nous, dans l'eau. Après s'y être plongé pendant quelques minutes, il en sort rouge et couvert de sueurs, puis il complète sa toilette à l'aide de petits baquets d'eau chaude et froide.

draient rien, M. Rochard n'a pas en de peine à démontrer qu'entre l'abstention qui pourrait être coupable et une intervention fâcheuse qui dépasserait la limite des attributions de l'Académie, il y avait place pour une conduite en rapport avec le rôle de cette assemblée; elle consiste à signaler une situation déplorable que personne ne nie et à réclamer l'adoption de mesures sanitaires que tout le monde désire, en spécifiant les améliorations les plus urgentes sans empiéter sur le terrain de l'exécution. C'est cette conduite que la Commission a préconisée et que l'Académie ne manquera pas d'approuver, au risque de déplaire à quelques esprits chagrins et de troubler l'incurie administrative.

E. R.

POLICLINIQUE MÉDICALE

FIÈVRE TYPHOÏDE LÉGÈRE SUIVIE D'UNE RECHUTE MORTELLE, par M. le docteur CABADÉ (1).

Monsieur le rédacteur,

Les lecteurs de votre journal ont sans doute appris, avec une douloureuse émotion, la mort prématurée du docteur Paul Berdinel, qui fut un de vos collaborateurs les plus assidus et les plus éclairés. Tous ceux qui se rappellent les articles sortis de sa plume n'ont pas oublié la rectitude de son jugement, la profondeur et la variété de ses connaissances et la précision de son esprit. Sa jeunesse semblait lui promettre de longues années, qui toutes auraient certainement été consacrées à la science médicale. Les soins d'une clientèle nombreuse, due à un tact professionnel remarquable, ne l'empêchaient pas de se livrer aux grandes et fortes études, qui précèdent les concours du bureau central des hôpitaux et de l'agrégation qu'il se proposait d'affronter prochainement, et dans lesquels ses qualités scientifiques lui auraient certainement assigné une place remarquable. Jeune encore, admirablement doué comme il l'était, ayant laissé de son internat dans les hôpitaux les meilleurs souvenirs, et ayant su conserver avec ses maîtres d'amicales relations, basées sur une estime réciproque, tout donne à croire qu'il aurait certainement réussi, à se créer une grande situation médicale, par la grande et saine voie des concours et des observations cliniques. Sa thèse inaugurale sur les conséquences cliniques de la déshydratation du sang, dont il avait l'intention de publier un complément, des notes très intéressantes sur la Photothérapie, divers travaux publiés dans les colonnes de votre journal ont déjà donné la mesure de tout ce qu'on était en droit d'attendre d'un observateur tel que lui. Un ouvrage de médecine historique, dont il laisse le manuscrit presque complètement terminé, montrera que son esprit n'était étranger à aucune question, et que chez lui le savant était doublé d'un érudit.

Je ne puis dans votre journal faire l'éloge des qualités de son cœur, de sa loyauté parfaite, du charme et de l'affabilité de ses relations. Je me borne à vous envoyer l'observation de la maladie, qui l'a si brusquement emporté, au milieu de ses rêves d'avenir et en pleine réalisation de ses plus chères espérances. Il m'a été donné de suivre jour par jour la marche de son mal, en déplorant de ne pouvoir conjurer une catastrophe, qui est un deuil véritable pour ses nombreux amis et une perte pour la science, qui à bon droit pouvait compter sur lui.

Docteur Bardinel, trente-trois ans. — Après son mariage, qui eut lieu le 15 janvier 1883, notre confrère partit pour faire un voyage en Italie. Il revint en France vers le 15 février et arriva à Valence-d'Agen le 22 de ce mois. A son arrivée, il était malade, et me raconta son histoire dans les termes suivants :

Il s'était senti légèrement indisposé à Naples. Son estomac était fatigué, il mangea peu ; c'était vers le 8 ou le 10 février. Cependant cette indisposition ne l'empêcha pas de continuer son voyage. Doué d'une grande énergie morale, il continua à se livrer aux fatigues du touriste, fit encore quelques excursions aux environs, puis repartit pour remonter vers le nord de l'Italie et gagner la France. Il fut très incommodé pendant cette seconde partie de son voyage : l'appétit était nul, la tête lourde, les forces médiocres ; c'est à peine si, dans les divers hôtels où il s'arrêta, il pouvait prendre quelques bouillons et des œufs à la coque. Il arriva à Nice vers le 17 février ; là il put encore se promener et visiter les environs. Cependant son appétit ne

(1) Nous remercions M. Cabadé, au nom des rédacteurs et des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, des soins intelligents et dévoués qu'il a prodigués à notre regretté collaborateur et ami, et de l'observation, doublement intéressante pour nous, qu'il a eu la pieuse pensée de recueillir et de nous adresser.

F. DE R.

Le bain japonais ne peut être considéré comme ayant uniquement en vue la propreté. Elle y entre certainement en ligne de compte, car le Japonais n'emploie pas le linge de corps ; il met sur sa peau des habits qui ne sont pas lavés tous les jours. Il sent la nécessité de nettoyer sa peau, mais c'est seulement par les ablutions de la fin qu'il atteint ce but.

L'immersion dans l'eau chaude produit d'autres effets. Elle est plutôt excitante et calorifique. Il y a une excitation nerveuse qui se traduit chez l'Européen par une sensation de douleur. La peau subit une congestion très vive. Il survient un fonctionnement exagéré de ses organes glandulaires.

L'effet physiologique le plus curieux, c'est la rapidité de l'élévation de la température du baigneur. Le professeur Baelz (de Tokio), qui a pris soin de la mesurer, a constaté une augmentation de deux degrés centigrades après une courte immersion. Cette température de 38·5 à 39·5 se conserve pendant quelque temps, quelques heures. Les calories que le corps a emprunté à l'eau ne se perdent que lentement. Ce bain est un puissant moyen de chauffage. C'est à cause de cette hyperthermie que l'on voit par les froids de l'hiver le Japonais s'attarder aux ablutions terminales dans la salle de bains.

Il n'est pas impossible que l'habitude de se plonger dans l'eau si chaude n'ait amené un endurcissement de la peau comparable à celui qui est le résultat de beaucoup d'excitations cutanées. C'est peut-être pour cette raison que les Japonais sont moins frileux, malgré des habits et des habitations qui ferment tous les deux très mal ; c'est pour cette raison aussi qu'ils supportent si aisément les ardeurs du soleil.

Quel est l'effet du bain chaud en été ? Je l'ignore, mais il n'est pas sans intérêt de rappeler que les Chinois ont pour usage à ce moment de se rafraîchir le visage avec des linges trempés dans l'eau chaude, ce qui est pour eux la voie de transmission de diverses affections.

Ce bain chaud produit une illusion du toucher assez curieuse. Si plongé dans cette eau vous touchez avec votre main une partie de votre corps, elle vous paraît froide, bien qu'elle soit en réalité augmentée de température.

Le moment choisi pour le bain est en général celui qui suit immédiatement le repas du soir, tout à fait contrairement à nos idées, mais sans qu'il en résulte le moindre inconvénient pour eux.

C'est alors que se remplissent ces bains publics et communs, dont

se rétablissait pas. A la suite d'un repas plus copieux qu'à l'ordinaire, il ingéra une glace et ne tarda pas à en être fortement incommodé; les troubles gastriques qu'elle occasionna se terminèrent par un vomissement qui le soulagea momentanément. Il souffrait vaguement de la tête, surtout à droite et dans la région sus-orbitaire; depuis quelques jours, cette douleur était semblable, mais très légère, et ne le gênait en rien. Cependant il remarquait que ses mucosités nasales étaient de temps à autre teintées de sang.

A Toulouse, où il se rendit en quittant Nice, les mêmes phénomènes d'embarras gastrique se renouvelèrent avec la même intensité. J'étais obligé, dit-il, de me secouer et de prendre beaucoup sur moi, pour aller visiter les diverses curiosités.

A Montauban, où des membres de sa famille l'attendaient et voulaient lui donner un dîner de retour de noces, il put à peine se mettre à table et ne toucha pas à un plat.

Il arriva à Valence le 22 février au soir; il était très fatigué; les membres de sa famille qui furent le recevoir à la gare et revinrent avec lui dans l'omnibus, furent frappés de la fétidité de son haleine qu'ils percevaient à distance en causant avec lui.

Je fus le voir le lendemain non comme médecin, mais pour lui serrer la main en ami : il était levé, au coin du feu, ne se plaignait que de n'avoir pas d'appétit, d'un léger torticolis. Du reste, notre conversation fut très gaie; il me raconta avec enthousiasme le voyage qu'il venait de faire et m'annonça la résolution où il était de prendre le lendemain 40 grammes de citrate de magnésie, bien sûr, disait-il, que tous ces phénomènes étaient sans importance et qu'il en aurait raison ainsi.

Le 24, il prit en effet cette purgation qui lui procura plusieurs évacuations.

Le 25, il disait se trouver un peu mieux : l'embarras gastrique semblait s'être amélioré, mais les forces étaient médiocres, et cet état était attribué par lui aux fatigues de son voyage et surtout au défaut d'alimentation.

Le 26, il se trouva assez bien pour monter en voiture et aller chez un de ses parents où on donnait un dîner en l'honneur du jeune ménage. Ce court voyage le fatigua beaucoup; il ne put rester à table, tellement il était incommodé par l'odeur des mets; il rentra très fatigué et se mit au lit.

Le lendemain matin, j'allai le voir vers dix heures : on me dit qu'il était encore couché, que dans la seconde partie de la nuit il avait abondamment transpiré, et son frère me raconta l'état dans lequel il s'était trouvé la veille. Il était évident que la maladie ne s'amendait pas. Je fus préoccupé de cette manière d'être et ne dissimulai pas à son frère mes inquiétudes. Cependant le moral du confrère était à ménager, car il affirmait énergiquement n'être pas malade : « Je n'ai absolument qu'un embarras gastrique, et ce ne sera rien. » Cependant, à l'aide d'un artifice, je pus le décider à prendre sa température; il la prit lui-même en riant de ce qu'il appelait une condescendance, et fut frappé de voir le mercure monter à 40°2. Le soir, je fus le voir et le trouvai au lit; cette température l'avait fort étonné, mais n'avait en rien modifié sa manière de voir sur la bénignité absolue de sa maladie. Mon impression fut tout autre; je me méfiais de cet embarras gastrique si long et je fis part de mes craintes à la famille. Cependant la gastricité était bien le phénomène dominant, je dois dire le seul : la langue sale, très saburrale, avec un enduit épais brunâtre au centre, l'haleine horriblement fétide, j'en percevais l'odeur assis auprès de son lit et à quelque distance de son visage. Le ventre était absolument normal, indolore et sans la moindre tension.

Cet examen fut fait très rapidement, de manière à ne pas effrayer le malade, qui avait du reste sa plus parfaite lucidité, riant et plaisantant sur son état. Après bien des hésitations et des refus, je le décidai à prendre le lendemain 2 grammes d'ipéca en trois paquets.

28 février. Je revois le malade après l'évacuation qui a eu lieu par quatre fois et assez abondamment. Matières glaireuses fortement teintées en jaune; après le vomissement, il y a un abaissement marqué de la fièvre.

1er mars. La température est remontée (v. la courbe), la langue n'est pas dégagée, l'enduit est persistant, toujours avec son même caractère; le ventre est très légèrement ballonné; la rate volumineuse, mesure de dix-sept à vingt centimètres; elle détermine une légère voussure de la paroi abdominale, et cependant la palpation ne permet pas d'en saisir les contours ni d'apprécier si l'on a affaire à un corps solide; les doigts semblent rencontrer un corps mollasse, sans délimitation précise. Du reste, la région est absolument indolore, quelque pression qu'on exerce; un peu à droite de la ligne médiane, à quatre travers de doigt de l'om-

---

tous les voyageurs ont donné des descriptions, et qui contrastent si fort avec nos conventions sur la pudeur et la décence. Aucun Japonais ne s'imagine qu'il fait mal en laissant voir les diverses parties de son corps; les robes flottantes découvrent les poitrines ou les membres inférieurs; l'homme de peine jadis nu, forcé aujourd'hui par la pudeur étrangère de vêtir au moins le tronc et de cacher ses organes génitaux derrière une bande de toile, relève son vêtement jusqu'à la ceinture pour se donner de l'air. Dans l'établissement de bains, hommes, femmes, enfants, sans costumes, se livrent aux divers soins de la toilette avec la plus parfaite indifférence du voisin. Je ne dirai pas la plus parfaite innocence, car il n'y a pas de secrets pour ces enfants de la nature; cependant n'allez pas croire que la réserve et la vertu n'existent pas au Japon.

La maison de bains se compose d'une boutique largement ouverte sur la rue ou simplement grillée, d'une arrière-boutique, et le plus souvent d'un premier étage.

La salle d'entrée sert à la fois de vestiaire et de lieu d'ablutions. Elle est souvent divisée par une barrière à claire-voie qui sépare les sexes, mais n'a qu'une valeur fictive, car elle n'empêche ni la vue ni le passage. Derrière est la baignoire ou plutôt la piscine d'eau chaude. L'eau n'est pas renouvelée pour chaque baigneur. Ils y passent à la suite les uns des autres, par raison économique certainement, mais contrairement aux données de l'hygiène.

L'eau se charge peu à peu de divers produits de déchet solides ou solubles qui étaient à la surface du corps des baigneurs. Son impureté est d'autant plus grande qu'elle est moins souvent renouvelée. Un tel bain répugne à nos idées européennes, et il n'est pas certain qu'il ne puisse devenir un agent de transmission de maladies virulentes; sa chaleur n'est pas suffisante pour détruire les virus; c'est seulement leur degré de dilution qui en diminue la dangereuse propriété.

L'étage supérieur est un lieu de réunion qui n'intéresse pas le médecin. Il n'est fréquenté que par un petit nombre de baigneurs, parce qu'il a mauvaise réputation.

DE LA MANIÈRE DE S'ASSEOIR AU JAPON.

Cette manière ne nécessite pas de mobilier spécial.

Le Japonais s'asseoit sur les nattes ou sur le plancher toujours

bilic, je trouve une tache lenticulaire. Le ventre est très souple, absolument indolore; pas de sensibilité ni de gargouillement dans les fosses iliaques, ni à droite, ni à gauche; les muscles se dessinent au travers des téguments. Toutefois le ventre présente cette particularité : quand on le presse sur un point quelconque, l'empreinte des doigts s'y montre persistante, non en creux et relief, mais par une ligne rouge qui en délimite exactement les contours et qui se maintient pendant quelques instants; les raies dites méningitiques sont très évidentes. Je ne reviendrai plus sur ce phénomène, que j'ai pu constater pendant toute la durée de la maladie sans la moindre modification.

L'état général est parfait, l'œil bon, la voix normale; le malade se sent plus fort; sa lucidité d'esprit est parfaite; il cause avec entrain, ne se plaignant que de ne pouvoir pas manger.

Malgré cela, je n'hésitai pas à diagnostiquer une fièvre typhoïde à formé muqueuse et à symptômes atténués; mais une vraie fièvre typhoïde, la tache lenticulaire étant la signature de la maladie. Notre confrère n'accepta pas ce diagnostic : il le combattit ardemment. Pour lui, il n'y avait qu'un simple embarras gastrique fébrile et pas autre chose.

(A suivre.)

REVUE GÉNÉRALE

LA RECHERCHE DES BACILLES DE KOCH DANS LES CRACHATS AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC ET DU PRONOSTIC DE LA TUBERCULOSE (1).

Dans les lignes qui vont suivre, nous allons donner une analyse sommaire des principaux travaux parus dans ces derniers temps et ayant trait à la valeur diagnostique et pronostique de la présence des bacilles de Koch dans les crachats, chez les sujets atteints ou menacés de tuberculose. Voici d'abord pour le diagnostic :

HILLER croit avoir acquis la preuve que l'infection des poumons par les bacilles de la tuberculose a déjà eu lieu au moment d'une hémoptysie précoce, alors qu'à la percussion et à l'auscultation il n'est pas encore possible de percevoir le moindre signe révélateur d'une altération du parenchyme pulmonaire. Chez un premier malade réalisant ces conditions, l'examen du sang rendu par la bouche ne donna, il est vrai, que des résultats négatifs, ce que M. Hiller attribue en partie à l'insuffisance des procédés de coloration employés pour cet examen, et aussi à ce que, seul, le sang expectoré servit à cette recherche. Chez un second sujet, il attendit que l'hémoptysie fut arrêtée pour examiner ensuite les crachats légèrement sanguinolents rendus par le malade. Ces crachats renfermaient des bacilles de Koch, en petit nombre; on n'en découvrait que trois on quatre dans le champ du microscope. Dans un troisième cas d'hémoptysie précoce, l'examen microscopique des crachats, effectué dans les mêmes conditions, fit également découvrir dans un certain nombre de préparations des bacilles de Koch. M. Hiller dit incidemment que d'autres observateurs exercés à l'observation de ces bacilles, les ont cherchés vainement dans l'expectoration de sujets hémoptisiques.

LICHTHEIM également a vu des cas où les bacilles de Koch existaient dans les crachats chez des tuberculeux, avant qu'on pût diagnostiquer une lésion pulmonaire au moyen de la per-

(1) HILLER. ZEITSCHRIFT FÜR KLIN. MEDICIN, t. V, p. 638.
LICHTHEIM. FORTSCHRITTE DER MEDICIN, 1883, no 1.
GIACOMI. Ibidem, no 5.
GUTTMANN. BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1882, n° 52.
J. DRESCHFELD. BRIT. MED. JOURNAL, 1883, 17 février.
PRIBRAM. WIENER MED. WOCHENSCHRIFT, 1883, n° 15, p. 144.
DETTWEILER ET MEISSEN. BERLINER KLIN WOCHENSCHRIFT, 1883, nos 7 et 8.
A. RANSOME. BRIT. MED. JOURNAL, 1882, 16 décembre.
ZIEHL. DEUT. MED. WOCHENSCHRIFT, 1883, no 5.
D'ESPINE. REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE, 1882, n° 8.
BALOGH. WIENNER-PRESSE, 1882, p. 1618.
SPINNA. STUDIEN ÜBER TUBERCULOSE, Wien 1883.
CRAMER. ERLANGER PHYS. MED. SITZUNGSBERICHTE, 1882, 11 décembre.
MENCHE. NIEDERREINISCHER VEREIN FÜR NATUR UND HEILKUNDE, 1883, 22 janvier.
BALMER et FRAENTZEL. BERLINER KLIN WOCHENSCHRIFT, 1882, no 45.
PFEIFFER. Ibidem, 1883, no 3.
Voir aussi les communications de M. COCHEZ, de MM. MALASSEZ et VIGNAL à la SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (séance du 26 mai 1883).

si propre des maisons. Il se met à genoux, tourne la pointe des pieds en dedans et appuie le siége sur les talons. L'extrémité inférieure du tibia, les articulations du tarse, le bord externe du pied, supportent directement le poids du corps; les genoux y participent indirectement. Quand la fatigue est venue, c'est la position choisie pour se reposer. Elle est usitée dans la plupart des circonstances de la vie, au moment du repas, dans les réunions, les réceptions, pour se livrer à l'étude, pour parler à ses supérieurs. Elle est préférée par les natifs à notre manière européenne. Ils peuvent la conserver pendant plusieurs heures. Mais l'Européen la trouve pénible; ses ligaments se révoltent contre la distension inaccoutumée qu'ils supportent; il se produit de vives douleurs. Les ligaments du genou et principalement ceux du tarse sont tendus, la tête de l'astragale fait saillie; un durillon se forme à la surface de la peau et au-dessous une bourse séreuse. La peau de l'extrémité inférieure de la jambe s'épaissit, principalement chez les femmes qui sont plus sédentaires. Cette peau simule l'œdème. Il est important d'en être prévenu, parce que le béribéri ou kakké, maladie qui fait des victimes comme notre fièvre typhoïde, commence par un œdème dur de ces régions.

Les ligaments tiraillés s'allongent, les articulations du tarse deviennent souples comme celles du poignet, laxité articulaire précieuse à cause des inégalités des chemins et de la hauteur des chaussures qui rendent les faux-pas faciles et dangereux. Cette habitude de porter la pointe du pied dans l'adduction pour s'asseoir se continue même dans la marche, surtout chez les femmes; mais la mode y contribue aussi : c'est le *nec plus ultra* du bon genre. Mettrons-nous aussi sur son compte une déformation qui s'observe chez un petit nombre de Japonais et qui consiste dans un écartement exagéré des genoux?

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Un cours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira le 1er décembre 1882. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — Le concours pour la nomination à deux places de chirurgiens s'est terminé jeudi par la nomination de MM. Paul Segond et Quenu.

cussion et de l'auscultation. M. Lichtheim considère, d'autre part, comme une condition indispensable à l'apparition des bacilles dans les crachats, l'existence de communications entre le siège de la lésion pulmonaire et les voies respiratoires. Cette opinion est en désaccord avec les résultats des recherches de M. Balmer et Fraentzel, dont il sera question.

Guttmann a examiné 100 préparations de crachats rendus par des phthisiques (le nombre des malades et la période de l'affection pulmonaire ne sont pas indiqués). Dans le quart de ces observations, il a pu constater la présence, en nombre très variable, des bacilles de Koch dans les produits examinés. Dans trois seulement de ces préparations, l'examen microscopique lui fit découvrir des fibres élastiques. M. Guttmann en conclut que la recherche répétée des bacilles dans les crachats constitue un excellent moyen de corroborer le diagnostic de tuberculose pulmonaire, lorsque l'examen physique de la poitrine laisse place au doute.

Ziehl, qui fait preuve, dans son travail, des qualités du vrai clinicien, a trouvé les bacilles de Koch dans les crachats de tous les tuberculeux (au nombre de 73), qui présentaient déjà des signes physiques d'une lésion pulmonaire, quelquefois même dans des cas où la tuberculose ne pouvait pas encore être affirmée d'après les résultats de l'auscultation et de la percussion. Par contre, dans un cas où le diagnostic de tuberculose pulmonaire ne laissait place à aucun doute, Ziehl chercha inutilement les bacilles dans les crachats du malade. Ces bacilles ont toujours manqué dans les crachats, chez 34 malades affectés de lésions pulmonaires variées, non tuberculeuses (pneumonie fibrineuse aiguë, bronchite aiguë et chronique, avec et sans emphysème). M. Ziehl conclut de ses observations que la recherche des bacilles dans les crachats peut être *quelquefois* utilisé pour le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire, et que la constatation de ces bacilles a une valeur diagnostique réelle. Mais il taxe d'exagération l'opinion de ceux qui ont émis cet aphorisme : Pas de bacilles dans les crachats, pas de tuberculose. Il rappelle que Lichtheim et d'Espine ont observé, comme lui, des faits où le diagnostic de tuberculose étant certain, les crachats ne contenaient pas de bacilles de Koch. Enfin M. Ziehl refuse toute valeur pronostique à la constatation des bacilles de Koch dans les crachats des tuberculeux, comme nous le redirons plus loin.

Les résultats des observations de M. Dreschfeld concordent assez sensiblement avec les précédents, pour que nous n'ayons pas à en parler plus longuement.

De même Dettweiller et Meissen ont constaté la présence des bacilles dans les crachats chez 85 malades sur 87 examinés, qui tous présentaient les signes cliniques indubitables de la tuberculose pulmonaire; dans 82 de ces cas, les crachats examinés au microscope laissaient voir des fibres élastiques, résultat bien différent de celui que nous mentionnions plus haut à propos des recherches de M. Guttmann.

Le professeur Pribram, de Prague, dans les recherches qu'il a faites sur un grand nombre de malades de son service, est arrivé aux conclusions suivantes : quand, chez des tuberculeux, on trouvait des bacilles dans les crachats, la lésion pulmonaire était parfaitement diagnosticable à la percussion et à l'auscultation; dans des cas où l'existence de la tuberculose pulmonaire n'était pas douteuse, les crachats ne renfermaient pas de bacilles de Koch; on n'en trouva pas davantage dans des cas où cette constatation eût pu être d'un secours réel pour assurer le diagnostic d'une tuberculose douteuse, où par exemple, à côté de lésions pulmonaires mal définies existaient des lésions concomitantes des séreuses (plèvre, péricarde, péritoine.

Pour l'originalité du fait, nous mentionnerons les recherches de M. Ransome qui a recueilli sur des boules de verre l'air expiré par des phthisiques, pour examiner ensuite au microscope le produit de la condensation de la vapeur d'eau; deux fois il y a découvert les bacilles de Koch.

Cramer, sans nier la valeur diagnostique de la recherche des bacilles de Koch dans les crachats des tuberculeux, ajoute qu'il a trouvé dans les déjections alvines, aussi bien chez des tuberculeux que *chez vingt sujets bien portants*, des bacilles donnant, avec les procédés de coloration de Koch et d'Ehrlich, les mêmes réactions que les bacilles de la tuberculose.

A ce propos, Giacomi fait savoir qu'il a examiné à l'aide du microscope les selles de 50 sujets bien portants (en tout cent préparations) et qu'il n'a pas réussi une seule fois à y découvrir les bacilles de Koch. Par contre, ces bacilles se rencontrent dans les selles des phthisiques qui ont de la diarrhée et à l'autopsie desquels on trouve des ulcérations tuberculeuses dans l'intestin. Menche est arrivé aux mêmes résultats, et il attribue à une erreur de technique l'assertion de Cramer relative à la présence des bacilles dans les selles des sujets bien portants.

Enfin Balogh prétend avoir découvert dans les marécages des environs de Pesth un bacille qui présente les mêmes réactions que le bacille de Koch, et Spina dénie toute valeur diagnostique à la recherche des bacilles de Koch dans les crachats, parce que, selon lui, d'autres bacilles, ceux de la putréfaction, par exemple, offrent les mêmes réactions, et que d'autre part il n'a pas trouvé ces micro-organismes dans des tubercules de différents âges provenant d'organes qui ne sont pas en communication directe avec l'air extérieur.

Ajoutons qu'Immermann, Leyden et Merkel ont constaté la présence des bacilles de Koch dans les crachats et dans le contenu des cavernes chez des diabétiques avec phtisie pulmonaire. (Centralblatt für klin. Medicin, 1883, n° 8 et 12).

Nous passons à la question du *pronostic*.

Balmer et Fraentzel concluent de leurs recherches sur 120 phthisiques, que le pronostic, dans un cas de tuberculose pulmonaire, se déduit d'une façon sûre du nombre et du développement des bacilles tuberculeux trouvés dans les crachats. Le pronostic s'aggrave et s'améliore proportionnellement à l'accroissement et à la diminution du nombre des bacilles. Dans les cas de phthisie floride, ces bacilles ont toujours été rencontrés en quantité colossale dans le produit de l'expectoration. Le nombre des bacilles varie d'un moment à l'autre chez un même malade, et il atteint son maximum à la période terminale; ces variations sont en rapport avec les progrès de la destruction du parenchyme pulmonaire. Quand la tuberculose évolue lentement, lorsqu'elle subit un temps d'arrêt, non seulement les bacilles deviennent moins nombreux dans les crachats, mais ils apparaissent plus grêles, souvent dépourvus de spores. Le contraire s'observe lorsque la maladie subit une aggravation. Quand s'allume la fièvre hectique, les bacilles apparaissent plus nombreux et mieux développés. L'inverse a lieu quand la fièvre s'abaisse. Dans les crachats issus d'excavations récentes, les bacilles existaient en très grand nombre; ils étaient très rares dans les parois des cavernes de vieille date. En outre, les deux auteurs ont découvert de nombreux bacilles de Koch dans le contenu purulent de l'ar-

ticulation du genou chez des tuberculeux avec arthrite fongueuse; toutes raisons qui parlent contre l'influence qu'on a voulu attribuer à l'oxygène sur le développement de ces bacilles dans les voies respiratoires.

PFEIFFER, qui a examiné d'une façon suivie les crachats rendus par quatre phthisiques, est arrivé à des conclusions conformes aux précédentes. En même temps que la lésion pulmonaire fait des progrès, les bacilles se montrent avec plus de régularité dans les crachats, deviennent plus nombreux et mieux développés. M. Pfeiffer a constaté aussi que chez un même phthisique les crachats, examinés quotidiennement, peuvent, pendant trois jours consécutifs, ne pas renfermer de bacilles, sans que l'on soit autorisé à conclure à un résultat négatif. Il faut, pour cela, que l'examen des crachats ait été poursuivi pendant cinq et six jours au moins.

DETTWEILLER et MEISSEN font remarquer que chez un même sujet et à une même période de la tuberculose pulmonaire les bacilles n'offrent pas une répartition uniforme dans les crachats, et qu'on ne saurait donc conclure du grand nombre des bacilles constatés dans une préparation microscopique à la gravité du pronostic. D'ailleurs, la recherche parallèle des bacilles dans les crachats et des signes physiques du côté du poumon leur a démontré que l'observation des bacilles dans les crachats n'a pas la valeur pronostique que quelques-uns lui ont attribuée.

De même, DRESCHFELD a observé des bacilles en grand nombre dans les crachats de tuberculeux qui n'avaient que peu ou point de fièvre, d'autres fois, peu de bacilles dans les crachats de phthisiques épuisés par une fièvre intense, contrairement aux assertions de Balmer et Fraentzel.

D'ESPINE, ZIEHL, ont fait les mêmes constatations. Ce dernier, comme nous l'avons dit plus haut, nie toute relation entre le pronostic de la tuberculose pulmonaire, le nombre et le développement des bacilles observés dans les crachats. En admettant que la tuberculose soit une maladie infectieuse développée par les bacilles de Koch, le pronostic, dans un cas donné, dépendra de la résistance que les organes de l'individu opposent à l'invasion des microbes. Cette résistance dépend par-dessus tout de l'état général, de l'hérédité, de l'intensité de la fièvre, sans compter les autres influences, et à ce propos Ziehl se demande si, au début de la tuberculose pulmonaire, lorsque les bacilles sont forcément peu nombreux dans les crachats, le pronostic, pour un clinicien, sera le même chez un sujet de constitution robuste et chez un autre ayant déjà l'habitus du phthisique et placé sous le coup de l'hérédité?

E. RICKLIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 mai 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

SUR LA PROPHYLAXIE ET LA THÉRAPEUTIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. Mémoire de M. A. DELBOVIER.

De tous les agents antifermentescibles préconisés jusqu'à ce jour contre la fièvre typhoïde et les autres *maladies zymotiques*, aucun n'a plus d'efficacité que l'iode associé aux alcaloïdes sédatifs de l'opium. Cet antifermentescible agit à la fois comme préventif et comme curatif, pourvu qu'il soit administré dès les premiers jours de la maladie : où il jugule net la fièvre, où il diminue considérablement son acuité. La chaleur et le pouls restent normaux; il n'y a ni fièvre, ni délire, ni complications d'aucune sorte. Le malade n'a pas besoin de s'aliter. Administré trop tard, ce remède ne peut réparer les désordres causés par les microbes et paraît dès lors avoir moins d'action. L'iode apparaît cependant comme le plus puissant antizymotique que l'on connaisse.

DE L'APPLICATION DE L'ENTOMOLOGIE A LA MÉDECINE LÉGALE. Note de M. P. MÉGNIN, présentée par M. BLANCHARD.

La médecine légale, suivant l'auteur, peut avoir recours à l'entomologie, dans certaines circonstances, avec autant de certitude qu'à la physiologie et à la pathologie humaines dans d'autres, pour fournir aux tribunaux, dans les questions judiciaires criminelles, les éléments de jugements pour l'application de la loi.

Lorsqu'un cadavre est exposé à l'air libre, il est rapidement envahi par une foule d'insectes qui viennent pondre à sa surface et surtout à l'entrée de ses ouvertures naturelles; les larves sorties des œufs le pénètrent en tous sens pour se nourrir de ses humeurs et activent singulièrement sa décomposition. Ainsi agissent les Diptères du groupe des Sarcophagiens et quelques Coléoptères dont les adultes de certaines espèces pénètrent même sous la peau, comme les *Silphes*. Les larves de Diptères connues sous le nom vulgaire d'*Asticots* et celles des Coléoptères suffisent pour absorber à peu près entièrement les humeurs liquides du cadavre et l'amener presque à l'état de squelette, imbibé encore d'acides gras que l'on connaît sous le nom de *gras de cadavre*; c'est à ce moment qu'arrivent les larves de Dermestes qui font disparaître jusqu'aux dernières traces tout ce qui reste de matières grasses. L'action des Dermestes terminée et le cadavre réduit à l'état de momie, les parties organiques sèches, les tendons, la peau et les parties musculaires, épargnés par les précédents, sont attaqués par les Anthrènes et les Acariens détriticoles des genres Tyroglyphe et Glyciphage qui se montrent alors par myriades et font disparaître tout ce qui reste de matière organique, la remplaçant par une matière pulvérulente qui recouvre les os et qui est entièrement composée de leurs dépouilles, de celles de leurs nymphes hypopiales et de leurs déjections.

C'est en m'appuyant sur ces données que je suis arrivé à déterminer l'époque approximative de la mort d'un jeune garçon de huit ans trouvé enfermé dans une caisse à savon à l'état de momie desséchée (dans le courant de l'automne 1882 et dans une chambre du quartier du Gros-Caillou); les innombrables coques de larves de la *Sarcophaga latierus* et de *Lucilia cadaverina* représentaient les dépouilles des travailleurs de la première année; les coques de larves des *Dermestes lardarius*, de l'*Anthrenus musceorum* et les cadavres des adultes des hypopes, des *Tyroglyphus longior* et *siro* représentaient les dépouilles des travailleurs de la seconde année. La mort du sujet remontait donc à deux ans environ; de plus, les nombreux cadavres de *Pediculus capitis* dont le cuir chevelu était pavé et les brochettes de lentes constituées par chaque cheveu indiquaient que le malheureux enfant était mort dans l'abandon le plus complet, dévoré littéralement par la vermine.

Dans un deuxième cas, celui du cadavre d'un enfant nouveau-né trouvé au fond d'un placard et desséché, mais beaucoup moins que le précédent, et encore fortement odorant, je n'ai trouvé que des dépouilles de moucherons de l'espèce *Lucilia cadaverina* et *Phora atterrima*, indiquant que les Diptères sarcophages avaient terminé leur rôle; les Dermestes étaient absents; un *Soprinus rotundatus* vivant représentait seul l'ordre des Coléoptères : quelques rares Acariens de l'espèce *Tyroglyphus longior*, bien vivants, commençaient à établir des colonies, ce qui indiquait que la seconde année cadavérique commençait à peine. La mort remontait donc à un an environ, comme l'avoua, du reste, la mère arrêtée depuis.

Ces deux exemples suffisent pour montrer le parti que la médecine peut tirer, dans certaines circonstances, des connaissances entomologiques:

SUR L'OPHTALMIE PURULENTE PROVOQUÉE PAR L'INFUSION DES GRAINES DE LA LIANE A RÉGLISSE. Lettre adressée à M. Pasteur par M. L. DE WECKER.

Dans une note communiquée le 9 avril 1882, j'ai signalé à l'Académie la propriété de l'infusion des graines de la liane à réglisse ou jéquirity (*Abrus precatorius*) de provoquer, lorsqu'on l'applique en lotions sur la conjonctive, une ophtalmie purulente de nature croupale. J'ai émis, à cette occasion, l'opinion qu'il s'agissait d'un ferment que renferme l'infusion de la liane à réglisse et que ce ferment continuait son action sur la muqueuse humaine.

Sur mes instances, le professeur Sattler a recherché l'élément actif du jéquirity et il a trouvé que l'infusion de ses graines contient un bacille qui, mis en contact avec la conjonctive, pullule en abondance sur elle et dans les membranes croupales que les lotions provoquent. Notre confrère s'est livré à la culture de ce bacille et a prouvé qu'avec les seuls produits de ses cultures il arrivait également à provoquer l'ophtalmie jéquiritique, tandis que l'infusion stérilisée (privée de bacille) n'exerçait plus aucune action sur la muqueuse.

Ce fait me paraît d'une haute importance pour l'étude des maladies virulentes et représente le *premier exemple de transmission incontestable d'une maladie infectieuse par un végétal*. Il me reste à vous signaler que, lorsqu'on pousse ces inoculations des muqueuses très loin, on obtient une transmission aux glandes lymphatiques avec suppuration et phénomènes érysipélateux, ainsi qu'un état fébrile prononcé.

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 29 mai 1883. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance comprend : 1° Des lettres de candidatures de MM. Le Dentu, Périer, Lannelongue, pour la section de pathologie chirurgicale; Worms, Magitot, de Quatrefages, Brame, Durand-Claye, pour la section des associés libres; Blachez, pour la section de thérapeutique, et Berne (de Lyon), pour le titre de membre correspondant; 2° une note de M. le docteur Pons (du Vigan), sur les épidémies qui ont régné dans les environs de cette ville; 3° une lettre de M. le professeur Dupré (de Montpellier), qui émet le vœu que l'Académie ouvre la discussion sur les mesures à prendre vis-à-vis des aliénés; 4° une lettre de M. Maze, député, accompagnant l'envoi de son rapport à la Chambre sur les modifications à apporter à la loi des logements insalubres.

TRAVAUX PRÉSENTÉS. — *Traité de l'art des accouchements* (2e volume), par M. le docteur Charpentier. — *Spondylizème et spondylolisthisis*, ou malformation du bassin et de la partie inférieure de la colonne vertébrale, par M. Hergott (de Nancy). — Observation de myélite ascendante aiguë des cornes antérieures, par M. le docteur Joly, médecin aide-major. — *La race provençale; caractères anthropologiques*, par M. Bérenger-Féraud, membre correspondant. — *Guide de l'accoucheur et de la sage-femme* (6 édit.) par M. le docteur Lucien Pénard (de Rochefort). — Une série de travaux sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, par M. Durand-Claye, ingénieur. — *Etude sur l'assainissement de la campagne de Rome*, par M. le docteur Tomasi (de Rome).—Une brochure sur les aliénés et la réforme de la loi de 1838, par M. Charles Desmazes.

ELECTION. — L'Académie procède à l'élection d'un membre associé national. Voici l'ordre de classement des candidats par la commission :

En première ligne, M. Cazeneuve (de Lille); — en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Durand-Fardel, Fonssagrives, Rouget, Tholozan et Tourdes.

Le nombre des votants étant de 67, majorité 34, M. Cazeneuve obtient 48 voix, M. Fonssagrives 10, M. Durand-Fardel 5, M. Tholozan 3, M. Tourdes 1.

En conséquence, M. Cazeneuve ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre associé national.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de la commission chargée de présenter à l'Académie des conclusions relatives à la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — La parole est à M. FAUVEL.

L'orateur déclare qu'il est en désaccord avec la commission sur trois points:

1° Sur l'opportunité de se départir des usages traditionnels de l'Académie en matière de discussion scientifique;

2° Sur les opinions émises par la commission qui tranchent des questions contestées ou qui sont en dehors de la compétence de l'Académie;

3° Sur la forme donnée aux vœux qui doivent être présentés au gouvernement.

M. Fauvel propose de substituer la formule suivante : L'Académie a entendu avec le plus grand intérêt les communications faites dans le cours de la discussion sur la fièvre typhoïde, touchant l'étiologie et la prophylaxie de cette maladie, et elle attache une grande importance à ce que le gouvernement sache qu'elle ne saurait rester indifférente aux solutions qui seront données aux questions soulevées devant elle. L'Académie n'ignore pas que la plupart de ces questions ont été, dans ces derniers temps, l'objet des préoccupations des autorités supérieures, et que des études sérieuses ont été entreprises pour remédier aux diverses causes de l'insalubrité actuelle à Paris. Cependant elle ne croit pas inutile de former des vœux pour que ces études aboutissent le plus tôt possible au résultat désiré.

C'est pourquoi, sans se départir des usages traditionnels de n'émettre aucun jugement sur la valeur intrinsèque de chacune des opinions émises dans le cours de la discussion, l'Académie recommande vivement les questions traitées devant elle à la sollicitude du gouvernement. Ces questions sont relatives : au fonctionnement défectueux des égouts, à l'infection provenant des dépotoirs et des usines à sulfate d'ammoniaque qui entourent Paris, à l'assainissement de la Seine, à la mauvaise distribution des eaux potables livrées au public et à leur insuffisance, à l'insalubrité actuelle des maisons par les cabinets d'aisances, à la nécessité d'exécuter strictement et d'améliorer la loi qui régit les logements insalubres, aux agglomérations ouvrières, en un mot à toutes les causes d'insalubrité signalées dans le cours de la discussion.

De plus, comme corollaire, l'Académie croit devoir appuyer de toute son autorité le vœu depuis longtemps formulé que ce qui touche à la santé publique en France soit, à l'exemple d'autres pays, placé sous une direction spéciale et compétente qui assurerait l'exécution des mesures relatives à l'hygiène publique.

M. BERGERON déclare que la majorité de la commission a, tout autant que M. Fauvel, souci de la dignité et de la considération de l'Académie; il pense que ces intérêts seront mieux sauvegardés par l'intervention de l'Académie auprès des pouvoirs publics que par le silence ou l'effacement conseillés par M. Fauvel. Il n'est pas admissible, en effet, que cette compagnie savante, créée dans le but d'éclairer le gouvernement sur les questions d'hygiène et de salubrité publique, ait passé six mois à discuter la question de la fièvre typhoïde sans dire un mot sur les mesures à prendre en vue d'assurer la prophylaxie contre cette maladie.

Il ne s'agit pas, en effet, de l'étiologie ni de la pathogénie de la fièvre typhoïde, mais seulement des mesures d'hygiène et de prophylaxie qui s'y rattachent. En votant ces conclusions, l'Académie ne risque pas de se compromettre; elle ne sortira pas non plus de ses habitudes et de ses traditions en signalant et en recommandant à l'adoption des pouvoirs publics les mesures indiquées dans les conclusions du rapport de la commission. C'est de l'initiative de l'Académie, en effet, qu'est née la loi de protection des enfants du premier âge dont le projet a été présenté par M. Théophile Roussel; c'est également à l'initiative de l'Académie qu'est due la

rédaction d'un *Avis au peuple* sur les dangers de l'alcoolisme, affiché aujourd'hui dans un grand nombre d'établissements publics.

De même l'Académie ne dérogera ni à sa dignité ni à sa tradition, elle ne sortira pas de sa compétence, quand elle indiquera à l'autorité les causes de la mortalité de la fièvre typhoïde et les moyens d'y remédier

M. BLOT trouve les conclusions de la commission par trop vagues et insuffisantes. Quand on a la prétention de donner à quelqu'un des conseils qu'il ne demande pas, au moins faut-il que ces conseils lui apprennent quelque chose. Or M. Blot défie que l'on puisse tirer des conclusions de la commission un conseil précis.

Il n'y a dans tout le rapport qu'une seule conclusion nette, c'est celle dans laquelle la commission exprime le vœu que tout ce qui touche à la santé publique soit soumis à une direction autonome et compétente. Tout le reste ne contient rien de net, de précis, de catégorique, et ne peut guère servir qu'à jeter une émotion fâcheuse dans le public

M. JULES ROCHARD regrette de se trouver en contradiction avec ses deux collègues, MM. Fauvel et Blot. Mais les reproches contradictoires qu'ils adressent aux conclusions de la commission se détruisent réciproquement. M. Fauvel reproche à la commission d'en trop dire, et M. Blot de n'en pas dire assez. Pour l'un elles sont trop précises, pour l'autre elles sont trop vagues. M. Fauvel voudrait que l'on indiquât seulement d'une manière générale, à l'administration, les désidérata de la question. M. Blot demande qu'on mette les points sur les *i* et que l'on entre dans les détails.

Suivant M. Fauvel, l'Académie manque des lumières et de la compétence nécessaires pour traiter les questions; elle va au delà de ses attributions. La commission n'est pas compétente pour ce qui concerne les logements insalubres, les dépotoirs, les égouts, la police des logements insalubres, la distribution de l'eau, etc., etc.

Ce sont là pourtant des questions d'hygiène, et l'hygiène, aujourd'hui, constitue les deux tiers de l'art de guérir. Elle prévient les maladies, ce qui est une tâche beaucoup plus facile que de les guérir. L'Académie ne peut pas limiter son rôle à discuter majestueusement sur les propriétés thérapeutiques du sulfate de quinine, ou à s'atteler humblement au char triomphal du salicylate de soude. Elle a toute autorité et toute compétence, quoi qu'en dise M. Fauvel, pour traiter et résoudre les questions d'hygiène publique, indiquer les mesures à prendre pour l'assainissement des villes en général et de Paris en particulier; signaler les lacunes de l'organisation des égouts, de la voirie et du service des eaux; faire comprendre la nécessité de l'éloignement ou de la destruction des dépotoirs, réclamer l'exécution de la loi sur les logements insalubres, demander que la police surveille plus rigoureusement les garnis où s'entassent les ouvriers, montrer, dans le développement excessif des travaux du bâtiment, une des causes de l'encombrement des quartiers excentriques dans lesquels la population ouvrière est refoulée par suite de la démolition des vieux quartiers et de leur remplacement par des rues nouvelles, grandes et luxueuses dont les habitations ne sont abordables qu'aux riches.

Si l'Académie n'a pas le droit de s'occuper de ces questions vitales, à quoi peut-elle servir, et que lui reste-t-il à faire sinon à s'endormir dans ses fauteuils et à s'éteindre doucement dans l'oubli et dans l'indifférence publique?

Cela ne peut pas, cela ne doit pas être; en formulant ces conclusions à la grande et mémorable discussion qui pendant six mois s'est agitée dans son sein, l'Académie aura rempli son rôle de gardienne vigilante de la santé publique; elle aura dit ce qu'elle devait dire, elle aura fait entendre sa voix, qui retentit dans le monde entier par les organes de la presse médicale et de la presse politique. Quoi qu'il arrive, elle aura fait son devoir; elle aura montré au gouvernement ce qu'il convient de faire pour la prophylaxie de la fièvre typhoïde et pour la diminution de la mortalité produite par cette maladie. Sans se faire trop d'illusions sur les résultats pratiques de son intervention, il y a lieu d'espérer que tôt ou tard sa voix et ses conseils finiront par être entendus.

M. Rochard adjure, en terminant, ses collègues de voter comme un seul homme les conclusions du rapport de la commission.

La péroraison brillante et vraiment éloquente du discours de M. Rochard est couverte d'applaudissements, et la suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mai 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

M. HERGOTT (de Strasbourg) offre à la Société un travail sur le spondilyzème et la spondilolisthisis.

M. TERRIER lit un rapport sur deux observations de M. Piéchaud (de Bordeaux) :

1° ÉPIPLOCÈLE ENKYSTÉE ET ENFLAMMÉE. — Un homme de soixante-trois ans avait depuis plusieurs mois à l'aine droite une tumeur qui devint douloureuse et s'enflamma; un médecin de la ville essaya le taxis, sans aucun résultat; entré à l'hôpital, on fit, après quelques jours de repos, une ponction exploratrice qui donna issue à environ soixante grammes de sérosité; la tumeur fut peu diminuée, et l'on fit l'opération : on trouva un sac herniaire et de l'épiploon enflammé; le sac fut réséqué, la guérison fut rapide et la réunion se fit presque sans suppuration.

2° HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE, OPÉRATION, GUÉRISON. — Une femme de soixante-six ans entre à l'hôpital avec une hernie ombilicale étranglée depuis plus de quarante-huit heures. Il existe au niveau de l'ombilic une tumeur douloureuse du volume d'une orange. L'incision mit à découvert de l'épiploon congestionné, recouvrant une anse d'intestin grêle; on fit le débridement, l'on réduisit l'anse intestinale et l'épiploon fut laissé dans la plaie; pansement de Lister, guérison rapide.

M. GILLETTE fait remarquer que, dans la première observation, l'opération était inutile et que le malade aurait pu guérir sans intervention chirurgicale.

Quant à la seconde observation, il pense que M. Piéchaud a eu tort de laisser tout l'épiploon dans la plaie; il aurait dû en réséquer une partie.

MM. TERRIER et CHAMPIONNIÈRE ne pensent pas que la première opération ait été inutile, puisqu'on a enlevé au malade un sac qui avait de la tendance à s'enflammer.

Du reste, il ne faut pas généraliser, et ce qui dans un cas est inutile peut être utile dans d'autres.

— NOTE SUR L'INNERVATION COLLATÉRALE A PROPOS D'UNE RÉSECTION DU NERF MÉDIAN. — Communication de M. RICHELOT.

Pagett, Nélaton, Laugier, croyaient que par la suture nerveuse on pouvait obtenir le rétablissement immédiat de la sensibilité.

Aujourd'hui, nous savons comment cette sensibilité se rétablit par voie de récurrence. Mais ce n'est pas cela qui importe le plus au malade; avant tout il a surtout intérêt à voir se rétablir ses fonctions musculaires, et il faudrait chercher à éviter les paralysies musculaires et les *griffes*. Dans Duchéne (de Boulogne), on trouve quelques faits de rétablissement des mouvements, mais ils sont rares, et ce sont tous des faits de régénération tardive. Cette régénération n'a jamais été obtenue chez l'homme pendant le traitement de la blessure, tandis qu'on l'obtient expérimentalement chez les animaux.

En attendant de pouvoir obtenir ce résultat chez l'homme, il faut, pour y arriver, étudier physiologiquement les faits qui se présentent à l'observation. C'est ce qu'a fait M. Richelot sur un malade du service de M. Verneuil : Un homme de vingt-six ans avait eu, il y a plusieurs années, une blessure de l'avant-bras, à

la suite de laquelle un névrôme se développa au-dessus de la cicatrice. La tumeur, donnant lieu à une névralgie très douloureuse, fut enlevée et en même temps on réséqua une partie du nerf médian.

Après l'opération, l'anesthésie, qui existait déjà en partie, fut un peu plus prononcée, mais les mouvements des doigts étaient conservés; l'index et le pouce seuls étaient en partie paralysés.

Néanmoins, les faisceaux musculaires innervés par le médian avaient, en partie au moins, conservé leurs fonctions. Cela tient sans doute à ce qu'il existait une lésion ancienne du nerf, le névrôme; les fibres anastomotiques sont venues suppléer peu à peu le tronc nerveux dégénéré, et l'opération n'a eu que peu d'influence sur les fonctions du nerf sectionné et qui était suppléé par avance.

Du reste, un fait anatomique peu connu a été mis en évidence dernièrement par les recherches de MM. Verchière, Jalaguier et Brun. Ils ont trouvé que, onze fois sur quinze, il existait une anastomose entre le cubital et le médian à la partie supérieure de l'avant-bras.

M. Verneuil a eu plusieurs fois l'occasion de faire cette remarque : que l'intégrité de la sensibilité dans le district d'un nerf sensitif n'implique pas l'intégrité de ce nerf. Il a vu dans son service une jeune fille qui entrait pour une cicatrice difforme de l'avant-bras. On lui avait mis quelques années auparavant un appareil de fracture trop serré et qui avait déterminé une escharre profonde. Elle avait une griffe très marquée et douloureuse. M. Verneuil pensa que les muscles avaient été compris dans l'escharre et qu'il avait affaire à une rétraction musculaire cicatricielle. La sensibilité de la main était intacte. Il enleva le tissu cicatriciel et réséqua par mégarde quatre centimètres du nerf médian. Néanmoins, après l'opération la sensibilité n'avait pas subi la moindre modification. Cela tient évidemment à ce qu'il y avait une lésion ancienne du nerf médian par la cicatrice, et que la suppléance s'était faite peu à peu. Cela explique pourquoi la résection du nerf n'altéra pas la sensibilité. Celle-ci ne se rétablit jamais immédiatement après les sections traumatiques et malgré la suture du nerf.

M. Polaillon a cherché dans un cas la régénération secondaire du nerf radial, et il a échoué. Il s'agissait d'une femme de vingt-huit ans, qui, trois semaines auparavant, s'était fait avec du verre une plaie à la partie externe de l'avant-bras. Elle entra à l'hôpital pour une impotence des muscles extenseurs de la main. La sensibilité était à peu près intacte; il n'existait que quelques petites plaques d'anesthésie. M. Polaillon fit la suture du nerf dont il rapprocha les deux bouts et les maintint avec le catgut. A la suite de cette opération, les plaques disparurent, mais la malade ne gagna rien pour les mouvements. L'électrisation ne donna aucun résultat. Néanmoins il est certain, d'après la manière dont la cicatrisation de la plaie a marché, que les deux extrémités nerveuses ont dû se rapprocher et que le nerf s'est reconstitué anatomiquement.

M. Verneuil.— Ce que l'on cherche surtout à obtenir, ce n'est pas tant la régénération anatomique que le rétablissement de la fonction. Or il n'existe pas d'observation qui prouve que le courant nerveux passe à travers une cicatrice nerveuse.

M. Richelot fait remarquer que la suture n'est pas une condition indispensable pour la régénération anatomique des nerfs, comme on peut le voir dans les expériences sur les animaux. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on n'a pas les conditions nécessaires pour le rétablissement de l'innervation.

M. Robert présente à la Société une pièce pathologique provenant d'un malade qui a succombé à la septicémie, trente-six jours après une amputation sous-périostée de la cuisse.

Renvoyé à une commission.

Dr Henri Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 avril 1883. — Présidence de M. Millard.

Angine ulcéreuse et fièvre typhoïde. — M. Duguet fait la communication suivante :

Vers le milieu de l'été de 1880, M. Faisans, alors mon interne, et deux de ses collègues, me prièrent d'examiner un de leurs camarades, interne provisoire à Saint-Antoine, très souffrant depuis plusieurs jours et inspirant à ses amis de vives inquiétudes. En effet, ce jeune homme, surmené par un travail exagéré à l'approche d'un concours, avait rapidement perdu l'appétit, le sommeil et les forces; en même temps il avait pâli et maigri notablement; prostration, peau chaude et sèche, température voisine de 39o; langue humide et chargée d'un enduit visqueux, soif vive, haleine fétide. On se trouvait évidemment en présence d'un état typhoïde grave; mais l'absence de diarrhée, de douleurs dans la fosse iliaque, de ballonnements et surtout de taches rosées lenticulaires commandait une grande réserve au point de vue de la fièvre typhoïde.

En examinant la gorge, je trouvai une ulcération superficielle presque aussi étendue qu'une pièce de cinquante centimes, plutôt ovalaire qu'arrondie, siégeant sur le pilier antérieur droit du palais, occupant une grande partie de sa face antérieure. Séparée de l'amygdale par le bord interne du pilier droit demeuré intact, l'ulcération remontait jusqu'au niveau de l'arc formé par le pilier antérieur et la luette. Exulcération plutôt qu'ulcération, elle paraissait taillée à l'emporte-pièce dans la partie superficielle de la muqueuse. Les bords formaient une ligne courbe régulière, servant de cadre à une surface dépouillée, d'un gris rosé, presque lisse; sans relief apparent, ils étaient eux-mêmes entourés d'une zone large de 2 à 3 millimètres, d'un rouge assez intense, formée par la muqueuse voisine assez congestionnée. Cette ulcération ressemblait à un aphte immense.

D'une part, il était impossible de rattacher cette lésion à la syphilis, en raison de l'ensemble de ses caractères, de son isolement, de son auréole rouge, de l'absence d'adénite concomitante, etc. D'autre part, la régularité de l'ulcération, de ses bords, de sa surface, l'absence de toute granulation, autorisaient le rejet de toute idée d'une ulcération tuberculeuse.

Nous nous trouvions donc en face d'une ulcération à caractères tout à fait insolites qui me remettait en mémoire certain cas de fièvre typhoïde dans le cours de laquelle j'avais observé une ulcération analogue; je crus donc à l'existence d'une fièvre typhoïde à son début. Trois à quatre jours après apparurent la diarrhée, les taches rosées lenticulaires, les râles sibilants; la fièvre typhoïde n'était plus douteuse. On vit se dérouler tous les accidents d'une fièvre ataxo-adynamique dans le cours de laquelle l'ulcération du voile du palais disparut sans laisser de trace et le malade finit par guérir. Il exerce aujourd'hui la médecine en province.

Après avoir rapporté deux autres observations à peu près identiques recueillies dans son service hospitalier et datant du mois de mars dernier, M. Duguet continue ainsi :

En résumé, voilà trois observations dans lesquelles on voit des ulcérations superficielles du voile du palais se produire à une époque très rapprochée du début de la fièvre typhoïde, précédant même, dans deux cas, l'apparition des taches rosées lenticulaires, ayant une forme, un siége et une évolution identiques. Il s'agit donc là d'une manifestation toute spéciale et jusqu'ici peu décrite de la fièvre typhoïde.

En effet, Louis n'en fait pas mention pendant la vie; c'est à l'autopsie qu'il signale ces ulcérations du pharynx. Ici nous les rencontrons pendant la vie à une époque rapprochée du début de la fièvre typhoïde. C'est en bas et sur les côtés du pharynx que Louis les rencontre et non sur les piliers antérieurs qui, dans nos observations, paraissent être un lieu d'élection. Les ulcérations décrites par Louis sont nombreuses, profondes, accompagnées d'ulcérations plus ou moins étendues des parties voisines; elles n'ont point ces caractères d'isolement, de simplicité, de superficialité des ulcéra-

tions que nous avons rencontrées. Il existe donc de grandes différences entre elles et celles que Louis a décrites. Les auteurs qui ont suivi Louis n'ont rien ajouté à ce qu'il a dit relativement à ces ulcérations. Il n'en est pas fait davantage mention dans les traités sur les angines

La plupart des auteurs sont donc muets en ce qui concerne l'angine ulcéreuse de la fièvre typhoïde observée pendant la vie. M. Desnos est le premier qui ait donné, en 1876, une observation absolument semblable aux trois qui précèdent.

De la comparaison de ces quatre faits, M. Duguet se croit en droit de conclure :

1o Qu'il peut exister dans la fièvre typhoïde des ulcérations superficielles ovalaires siégeant tout spécialement sur les piliers antérieurs du voile du palais, à leur face antérieure, d'un seul côté ou des deux côtés à la fois ;

2o Que ces ulcérations, peu nombreuses, ressemblent à un aphte très étendu, ne reconnaissant probablement pas pour origine une lésion folliculaire, mais simplement une altération très superficielle du derme muqueux et de l'épithélium qui le recouvre ;

3o Qu'elles peuvent se montrer de bonne heure, en même temps que les taches rosées et même plusieurs jours avant elles, ce qui, dans l'espèce, peut leur donner une valeur diagnostique considérable ;

4o Qu'elles n'ont aucune portée au point de vue du pronostic, puisqu'elles accompagnent des cas graves comme des cas bénins, puisqu'on les voit naître, évoluer et guérir, alors même que le malade finit par succomber.

Pseudo-paralysie syphilitique. — M. Troisier présente des pièces anatomiques se rapportant à un cas de pseudo-paralysie d'origine syphilitique chez un nouveau-né. Il s'agit d'un enfant âgé de sept semaines, entrant avec sa mère le 16 mars dernier à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Hérard, pour une bronchite aiguë, accompagnée de diarrhée, d'un dépérissement général, d'une véritable cachexie. Il présentait de plus de nombreuses manifestations de syphilis héréditaire : roséole, coryza, plaques cuivrées, ulcérées sur les fesses, et (c'est là-dessus surtout que M. Troisier appelle l'attention de ses collègues) une impotence absolue du membre supérieur gauche avec conservation de la sensibilité, impotence qui remontait, d'après sa mère, à une huitaine de jours seulement.

Le membre était complètement immobile et, lorsqu'on le soulevait, il retombait de lui-même comme une masse inerte. Dans les doigts seulement, on constatait la possibilité de quelques faibles mouvements volontaires.

L'enfant succomba le soir même de son entré à l'hôpital. Malgré cette mort rapide, M. Parrot, prié par M. Troisier de voir ce petit malade, reconnut qu'il n'avait jamais rencontré un cas aussi typique de pseudo-paralysie syphilitique résultant en réalité du décollement du cartilage épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche.

L'autopsie a confirmé pleinement le diagnostic par les lésions suivantes : altération très peu appréciable de l'extrémité supérieure de l'humérus droit; mobilité anormale au niveau de l'union de la diaphyse avec l'épiphyse supérieure de l'humérus gauche, cartilage épiphysaire complètement décollé; détritus des cellules cartilagineuses détruites entre les surfaces juxtaposées du cartilage et de la diaphyse; atrophie gélatiniforme de la diaphyse de presque tous les os longs, ainsi que de quelques points du frontal et des pariétaux; couche d'ostéophites à la surface de quelques os, caractéristiques des altérations osseuses de la syphilis héréditaire. Enfin il existait des lésions viscérales (foie, poumons, etc.), appartenant en propre à cette affection.

Il ne s'agissait donc pas dans ce cas d'une paralysie véritable, mais d'une inertie, d'une impotence du bras par suite du décollement du cartilage épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus, altérations absolument dues à la syphilis héréditaire.

— La séance est levée à quatre heures trois quarts, et la Société se forme en comité secret.

Varèle.

FORMULAIRE

Solution pour injections dans les cas de gonorrhée.
(Reyser).

Rec. Bichlorure de mercure	0 gr. 05 centigr.	
Mucilage de gomme	100 grammes.	
Eau	400	—

M. s. a. Deux injections par jour.

Cette solution serait également très efficace contre l'ophthalmie et la vaginite blennorrhagiques (The Weekly med. Review).

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de thermométrie clinique générale et de thermo-séméiologie et thermacologie, par le docteur da Costa Alvarenga, traduit par le docteur Henri Almès.

Cet ouvrage est une seconde édition renfermant deux chapitres nouveaux d'une importance considérable et consacrés à la *thermoséméiologie* et à la *thermacologie*.

Nous ne nous arrêterons pas à la première partie, qui comprend la *thermométrie clinique générale*, et que nos lecteurs connaissent déjà par l'analyse de la première édition. Nous rappellerons simplement que l'auteur passe successivement en revue, dans autant de chapitres pleins d'intérêt, l'historique de la thermométrie, la thermophysiologie, la description des différents thermomètres employés en clinique, la thermopathologie, la fièvre et sa caractéristique (l'élévation de la température), la marche générale de la température pathologique et ses rapports avec les autres symptômes, la thermopathogénie et les différentes doctrines émises à ce sujet.

La deuxième partie, comprenant la thermoséméiologie et la thermacologie, est divisée en trois chapitres. Le chapitre Ier traite *de l'importance de la température comme moyen de diagnostic*. L'échelle thermométrique variant d'une très petite quantité dans la température physiologique, un léger écart suffit pour dénoncer un état pathologique. A 38o et au-dessus, fièvre; à 36o et au-dessous, algidité. Si l'on fixe la limite supérieure de la fièvre à 45o,5, on aura dans les pyrexies une échelle de 7o,5 à parcourir (de 38o à 45o,5). On comprend que dans des limites si étroites un écart d'un degré ait une grande importance. Les basses températures présentent une échelle encore plus restreinte. Il est donc évident que le moindre changement dans la température physiologique devra attirer l'attention du médecin. Ces modifications thermiques sont en effet un précieux élément de diagnostic au début de certaines affections encore peu caractérisées. Mais ce n'est pas tant la température elle-même au moment où on l'observe, que sa marche particulière dans chaque affection qu'il faut considérer. Cette marche est un excellent moyen de diagnostic différentiel.

Dans les fièvres en général, la température croît lentement (excepté dans la fièvre intermittente). Son accroissement est rapide, au contraire, dans les phlegmasies en général. Le mode de défervescence présente également des particularités pour chaque affection.

Dans le chapitre II, intitulé *Loi thermo-différentielle; cycle thermique de quelques maladies*, l'auteur étudie la marche de la température dans quelques maladies (pneumonie, fièvre typhoïde, fièvre intermittente, variole). Il discute tout d'abord la loi thermo-différentielle et montre que cette loi n'étant pas générale, malgré les ingénieuses théories de M. Robert de Latour et de ses partisans, ne peut avoir la valeur que son auteur veut bien lui attribuer Considérant ensuite la température comme élément de pronostic, il en fait ressortir l'importance considérable et étudie les causes et le mécanisme des températures *hyper* et *hypophysiologiques*. En doit-on attribuer la gravité à des accidents consécutifs (amaigrissement rapide, accumulation de l'urée et sa transformation dans le sang en carbonate d'ammoniaque), ou doit-on admettre que la chaleur et le froid suffisent par eux-mêmes pour entraîner la mort?

Le chapitre III est consacré à l'étude de la température dans ses rapports avec la thérapeutique (*thermacologie*). Les médicaments *hypotherménisants* sont d'abord passés en revue : diète, bains tièdes et bains froids, émissions sanguines, antimoniaux, mercuriaux, alcalins, quinquina et quinine, vératrine, alcool, sels de plomb, ipéca, carbonate d'ammoniaque, digitale et digitaline, propylamine, triméthylamine et leurs sels.

L'auteur consacre toute une partie de ce chapitre à l'étude du silicate de potasse considéré comme hypotherménisant. Des expériences faites sur lui-même et sur d'autres sujets lui ayant démontré que ce médicament appliqué sur la peau produit une sensation de froid et en même temps de constriction, de resserrement de la peau, il fut amené à utiliser ce double effet dans le traitement de l'érysipèle. Des observations rigoureuses démontrent que le silicate de potasse est jusqu'à présent le médicament qui a le plus abrégé la durée de cette affection, puisque cette durée se trouve réduite à une moyenne qui varie entre quatre et cinq jours. Puis vient une revue des médicaments hyperthérmisants : calorique (bains d'étuve sèche et humide), emploi du froid comme moyen de calorification, pratiques auxiliaires, médicaments proprement dits, alcool, oxygène, éther, picrotoxine, morphine et atropine, curare, etc.

Tel est le cadre de ce travail remarquable par une quantité d'aperçus nouveaux et par une foule de faits dus aux laborieuses recherches de l'auteur. C'est donc une œuvre essentiellement originale qu'il présente au public médical, où nous sommes persuadé qu'elle recevra un accueil flatteur.

VALENTIN.

VARIÉTÉS

SUR L'INSPECTORAT MÉDICAL (1).

Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de démontrer que le titre d'inspecteur soit un privilège. Ce titre est donné par le ministre à celui qui a les relations les plus influentes et qui sait faire, avec le plus d'âpreté, le métier de solliciteur. Le Comité consultatif d'hygiène, qui tient tant à conserver la prérogative de présenter au ministre une liste de candidats, n'ignore pas que cette liste n'a rien d'obligatoire. Le ministre en fait cas lorsque, n'osant pas mécontenter des personnes également puissantes qui s'intéressent à des candidats opposés, il trouve commode de rejeter la décision sur la responsabilité impersonnelle du Comité. Dans les autres circonstances, il passe outre, et n'a cure des préférences du Comité. Mais que la nomination soit l'œuvre de celui-ci ou de celui-là, c'est toujours une affaire de pure faveur et de bon plaisir. Les candidats sont égaux; ils ont le même diplôme, et le gouvernement marque l'un d'eux d'une estampille qui, aux termes mêmes de l'exposé des motifs de la loi Tirard, « donne la notoriété et attire la clientèle ». N'est-ce pas là le type du privilège? Parmi ceux qui le défendent ou qui le nient, beaucoup s'en indigneraient s'ils en étaient directement atteints. Pour que l'injustice nous révolte, il faut, en général, que nous en pâtissions nous-mêmes; quand elle ne blesse que les autres, nous lui trouvons volontiers des atténuations. Il serait curieux, par exemple, d'entendre certains médecins ou chirurgiens des hôpitaux, amis des inspecteurs, si un décret rétablissait le titre de médecin en chef pour un seul médecin par hôpital, ainsi que cela existait avant 1830. Quels cris! quelle explosion! quelles colères! Et comme cette indignation serait légitime! — pas plus que la nôtre cependant. Et si le décret s'appuyait sur ce motif hypocrite que le médecin en chef aurait la charge de la consultation aux indigents, est-ce que les collègues de celui-ci ne se regarderaient pas comme injuriés?

Nous regrettons de ne savoir où prendre l'ordonnance (?) qui avait institué le titre et les fonctions de médecin en chef d'hôpital. Il serait intéressant de connaître sur quels motifs on se fondait alors, et quelles considérations ont prévalu pour faire abolir cette distinction oppressive. Nous espérons qu'un de nos lecteurs érudits voudra bien nous renseigner à cet égard.

Supposons que le gouvernement veuille soumettre les avocats au régime qu'il impose aux médecins. Auprès de toutes les cours et de tous les tribunaux, il choisit un membre du barreau et le désigne à la clientèle au moyen d'un titre sonore. Puis il donne pour prétexte à cette violation de l'égalité professionnelle que l'avocat ainsi estampillé aura pour mission de défendre les indigents. — Mais, diraient les avocats, comme le disent les médecins, est-ce que quelqu'un de nous s'est jamais soustrait à cette obligation? Est-ce que tous nous ne réclamons pas comme un honneur ce que vous affectez de regarder comme le monopole de vos créatures officielles? — « Sans doute, répondrait l'administration, mais il suffit que le fait puisse se produire; il suffit qu'un avocat puisse, non pas refuser positivement, si vous voulez, son assistance à un indigent, mais apporter quelque tiédeur, quelque négligence dans ses plaidoyers d'office, pour que je ne consente pas à rester désarmée en face d'un cas pareil. Il me faut une sanction, et la sanction n'existe qu'à l'égard des fonctionnaires. » — De sorte, répliqueraient les avocats, que si vous n'avez pas de fonctionnaires, la bienveillance, la charité, la dignité professionnelle disparaîtront de ce globe! Et c'est par une pareille impertinence que vous prétendez justifier la création d'un privilège!

Pourquoi, sous un aussi vain prétexte, l'administration n'a-t-elle pas essayé d'estampiller certaines individualités choisies parmi les avoués, les pharmaciens, les artistes? Pourquoi, de toutes les professions libérales, la médecine seule a-t-elle été l'objet d'une si regrettable distinction?...

Nous avons voulu établir aujourd'hui que l'inspectorat est un privilège, et un privilège exceptionnel, — heureusement pour les autres professions. — Nous dirons un autre jour combien est faux et mensonger le motif qu'on allègue pour le maintenir. Il nous reste à montrer que ce privilège est aussi inutile que facile à abolir.

Jusqu'à l'année 1861, il existait des inspecteurs attachés aux stations des bains de mer, et leur situation était la même que celle des inspecteurs des stations thermales. Or l'*Annuaire du ministère du commerce*, au chapitre du SERVICE SANITAIRE, et sous la rubrique : « inspection des bains de mer », porte cette simple mention : « Une décision du 10 septembre 1861 a supprimé l'inspection des bains de mer. » Voilà tout, ça n'est pas autrement difficile. Personne n'y a fait attention; personne ne s'en est douté. A l'heure actuelle, le corps médical, dans sa généralité, n'en sait rien. La

(1) Voir le no 15.

mer a continué à déferler comme devant; les indigents ont été traités tout aussi bien, sinon mieux, qu'ils ne l'étaient; rien, en un mot, n'a été changé, sinon qu'une injustice a été partiellement réparée.

Il en serait de même si la « grande » réforme que nous demandons était enfin consentie; au bout de huit jours, nul ne se souviendrait qu'il y eût des inspecteurs, sauf les quelques personnages qui s'opposent à cette même réforme et dont la vanité trouve sans doute son compte aux sollicitations des candidats.

M.

CHRONIQUE

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — La dernière épreuve s'est terminée mardi soir. Le dépôt des thèses pour les candidats de la section de chirurgie et d'accouchements est fixé au 13 juin. La soutenance commencera le lendemain 14; elle aura lieu dans l'ordre déterminé par la voie du tirage au sort.

***

STATISTIQUE MUNICIPALE DE PARIS. — M. le docteur Jacques Bertillon, fils de notre regretté confrère, le docteur Bertillon, décédé au mois ne mars dernier, est nommé chef des travaux de la statistique municipale en remplacement de son père.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 18 MAI AU JEUDI 24 MAI 1883.

Fièvre typhoïde 46. — Variole 19. — Rougeole 45. — Scarlatine 2. — Coqueluche 20. — Dipthérie, croup 41. — Dysenterie 1. — Erysipèle 8. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 56. — Phthisie pulmonaire 238. — Autres tuberculoses 10. — Autres affections générales 68. — Malformation et débilité des âges extrêmes 58. — Bronchite aiguë 36. — Pneumonie 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 48, — au sein et mixte 27. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 128. — de l'appareil circulatoire 72. — de l'appareil respiratoire 74. — de l'appareil digestif 60. — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 12. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 2. — infectieuses 2. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 37. — Causes non classées 6. — Total de la semaine: 1247 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

ÉTUDE SUR L'URÉTHRITE CHRONIQUE BLENNORRHAGIQUE (blennorrhée, suintement uréthral, goutte militaire), par le docteur Robert Jamin, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital Necker. — Un vol. gr. in-8 de 230 pages avec 2 planches en couleur d'après nature. — Prix: 6 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

TRAITÉ DES FIÈVRES BILIEUSES ET TYPHIQUES DES PAYS CHAUDS, par le docteur A. Corre, médecin de première classe de la marine, professeur agrégé à l'Ecole de médecine navale de Brest. — Un vol. in-8 de 600 pages avec 35 tracés de température. — Prix: 10 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE ;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN ;**
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 6 juin 1883.

Académie de médecine : ORIGINE DYSCRASIQUE DE LA MALADIE DE BRIGHT. — SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DES MALADIES INFECTIEUSES. — *Revue de l'étranger* : LA QUESTION DES VIDANGES DEVANT LE CONGRÈS DE MÉDECINE PUBLIQUE DE BERLIN.

Un médecin distingué de Naples, M. Semnola, qui occupe en Italie un rang honorable dans la science et dans la politique, a fait mardi dernier à l'Académie de médecine une communication sur la nature de la néphrite albumineuse, qui a reçu un accueil des plus flatteurs ; nous nous faisons un plaisir de le constater. M. Semnola est venu défendre la théorie de l'origine dyscrasique de la maladie de Bright, qui ne compte plus aujourd'hui qu'un très petit nombre de partisans. Les raisons qui ont poussé le médecin de Naples à tirer cette théorie déjà ancienne du discrédit, méritent d'être prises en considération. M. Semnola a acquis la preuve que des matières albuminoïdes telles que blanc d'œuf, sérum sanguin, peptones, injectées dans les vaisseaux d'un animal, développent du côté des reins des lésions qui, à la longue, passent par les diverses phases du processus anatomique de la maladie de Bright. Il en a conclu que chez les brightiques l'albuminurie préexiste à la lésion rénale. Cette conclusion est peut-être prématurée, car il est toujours permis de se demander si une albumine introduite dans les vaisseaux d'un animal, sous une forme impropre à l'assimilation, ne produit pas, ni plus ni moins, les mêmes résultats que d'autres substances très dissemblables dont l'action irritante sur le rein et l'aptitude à développer les lésions de la néphrite albumineuse sont aujourd'hui bien démontrées.

— Le débat sur les conclusions à présenter au gouvernement au sujet des mesures que réclame la prophylaxie des maladies infectieuses menace de traîner en longueur, sans gagner en intérêt. M. Fauvel, qui en tient pour la forme, persiste à opposer ses conclusions à celles de la commission, que M. Marjolin a qualifiées de chef-d'œuvre. M. Lagneau va jusqu'à espérer que l'intervention de l'Académie contribuera à mettre d'accord les différents services administratifs qui ont charge de veiller sur l'hygiène publique. Tout cela est fort bien en paroles, mais qu'en sortira-t-il ?

— Constatons, en passant, que ce n'est pas seulement en France que les esprits sont divisés sur les questions qui touchent de plus près à la santé publique. Tout récemment, l'Association qui s'est fondée en Allemagne pour se consacrer à l'étude des questions de cet ordre, a tenu sa dixième réunion annuelle à Berlin (1). Une des trois questions à l'ordre du jour était relative à l'enlèvement et à l'utilisation des immondices dans les villes. La discussion a été d'autant plus vive que l'Association, qui n'éprouve aucun scrupule d'adresser ses doléances à l'autorité et de lui faire connaître ses résolutions, avait à se prononcer non pas sur des conclusions empreintes de cette réserve qui caractérise le rapport de la Commission française, mais sur une solution radicale, préconisée par Virchow au nom d'une partie des membres présente. Voici quelle était la teneur de la proposition de l'éminent pathologiste : Empêcher l'adultération des cours d'eau par les déjections humaines, et, pour cela, solliciter du gouvernement des dispositions législatives qui s'opposent à ce que, dans les villes de 100,000 âmes et au-dessus, traversées par une rivière ou un fleuve, ceux-ci servent de déversoirs aux égouts. Adopter pour l'enlèvement des déjections soit le système des fosses mobiles, ou, quand les circonstances locales s'y prêtent, la canalisation des immondices avec utilisation éventuelle dans des champs d'irrigation ou autrement. Rien de nouveau d'ailleurs dans les raisons que Virchow a fait valoir en faveur de cette solution, qui a été combattue avec une grande vigueur par M. Emmerich (de Munich). Voici en substance son argumentation, qui nous paraît mériter une mention spéciale :

Le mouvement de l'air et le mouvement de l'eau sont les deux principaux agents de purification et de désinfection mis en œuvre par la nature. Le meilleur mode de désinfection des matières fécales consiste à les déverser dans une eau à courant rapide. Comme preuve, M. Emmerich a cité l'expérience suivante : En inoculant à trois lapins une fraction de goutte de sang frais recueilli sur un mouton charbonneux, les trois animaux inoculés ont péri en l'espace de douze heures. Un centimètre cube de ce même sang charbonneux a été dilué dans deux cents centimètres cubes d'eau de l'Isar. Après agitation pendant deux heures, on a inoculé 25 c.c. du mélange sous la peau à trois autres lapins. Aucun des trois n'en fut incommodé et leur température interne ne s'éleva même pas d'un degré. Cependant la quantité de sang injectée dans cette seconde expérience était plus grande que celle injectée aux lapins de la première série, et le liquide employé renfermait des miliers de bactéries, comme il était facile de s'en convaincre à l'aide du microscope. Il faut donc admettre que l'agitation au contact de l'eau avait dépouillé les bactéries de leur virulence. De même encore, de l'eau d'égout, qui, injectée sous la peau à des lapins, développait chez ces animaux une septicémie mortelle, était transformée en un liquide inoffensif au moyen de l'agitation avec un égal volume d'eau de rivière. A ce sujet,

(1) Voir : DEUT. MED. WOCHENSCHRIFT, 1883, no 21.

M. Emmerich a fait le calcul suivant : L'Isar charie quotidiennement à travers la ville de Munich une quantité d'eau qui peut être estimée à 4,400,000,000 kilogrammes; en déversant dans cette masse d'eau les matières excrémentitielles provenant des maisons d'habitation et dont le poids total est d'environ 200,000 kilogrammes par jour, le mélange se fera dans la proportion de 22,000 parties (en poids) d'eau pour une partie de matières excrémentitielles; c'est-à-dire que l'adultération de l'eau courante est minime et inoffensive. Il sera nécessaire pourtant, ajoute M. Emmerich, d'installer à l'embouchure de l'égout collecteur une machine mise en mouvement par la force motrice de l'eau courante et destinée à diviser en très petits fragments la masse des immondices, dont la plus grande partie est soluble dans l'eau. La partie insoluble est représentée par de la cellulose et des fibres élastiques « aussi inoffensives que la feuille qui tombe d'un arbre dans un fleuve ». D'ailleurs, pourquoi les excréments humains déversés dans un cours d'eau seraient-ils plus aptes à compromettre la santé publique que les excréments des animaux et les immondices de toutes sortes déposés sur la voie publique et qui, se répandant dans l'atmosphère, pénètrent dans notre organisme avec l'air que nous respirons? Ce raisonnement, très séduisant de prime abord, est passible de bien des objections; Virchow s'est contenté de protester contre cette tendance à édifier des conclusions prématurées sur des résultats fournis par les recherches du laboratoire. Néanmoins le congrès, à une grande majorité, a adopté une résolution qui équivaut an rejet de la proposition trop exclusive de Virchow, car elle déclare que la question de l'adultération des cours d'eau par les immondices est encore trop peu avancée pour se prêter à une solution définitive. Cette décision a fait l'objet d'une adresse au chancelier de l'empire d'Allemagne, qui proclame la nécessité d'activer l'enquête instituée en vue de résoudre cette importante question d'hygiène. Personne n'a pris la parole soit pour critiquer la rédaction de l'adresse, soit pour en contester l'utilité ou l'opportunité.

Les deux autres questions discutées par la réunion avaient trait l'une à l'éclairage, l'autre à l'analyse des eaux potables, dans leurs rapports avec l'hygiène. Ce qui a été dit sur cette derniere question se réduit à constater que les découvertes récentes relatives aux microbes pathogènes ont eu pour premier résultat de compliquer le problème de l'appréciation des qualités bonnes ou malfaisantes des eaux destinées aux usages alimentaires. Pour résoudre ce probléme, l'analyse chimique à laquelle on se bornait jusqu'ici ne suffit plus, et l'analyse microbioscopique comprend des recherches délicates, souvent trompeuses.

E. RICKLIN.

POLICLINIQUE MÉDICALE

Fièvre typhoïde légère suivie d'une rechute mortelle,
par M. le docteur Cabadé.

Suite. — Voir le numéro précédent.

2 mars. Rien de particulier; l'état général est des plus satisfaisants. Les symptômes du côté des premières voies digestives persistent encore au même degré.

3 mars. Même état. La poitrine donne quelques sibilances et un peu d'expiration prolongée au sommet droit; du reste, le malade ne tousse pas une seule fois dans toute la nuit. La rate toujours volumineuse, urines légérement albumineuses. Lait et bouillon, sulfate de quinine, 50 cent.

4 mars. Le ventre est très légérement ballonné, mais absolument indolore; pas de gargouillement; deux nouvelles taches lenticulaires au niveau des fausses côtes à gauche, langue très sale; cependant le lait et le bouillon sont pris sans répugnance; une selle moulée a été rendue dans la matinée. L'état général est toujours parfait; le malade cause et s'intéresse à tout ce qui se passe dans la maison. Lait, bouillon, vin; sulfate de quinine, 50 cent. Demain matin, un purgatif avec 35 gr. de citrate de magnésie.

5 mars. Je vois le malade avec le confrère Fourestier. Le ventre est un peu plus ballonné; il y a de nouvelles taches lenticulaires; les mucosités nasales sont toujours sanguinolentes. Le purgatif n'a pas été toléré, il a été vomi un quart d'heure environ après avoir été avalé; pas de gargouillement. La langue est toujours fort sale, large et humide; elle conserve l'empreinte des dents; pas de fuliginosités. L'état de la poitrine est le même. L'état général est parfait. Pas de surdité. Le malade discute avec nous sur son état avec la même lucidité et le même entrain; cependant ses forces diminuent. Toutefois, il n'admet pas qu'il puisse avoir une fièvre typhoïde. Même régime alimentaire; demain un nouveau purgatif. Nous proposons au malade de prendre quotidiennement des lavements avec une décoction de camomille, mais il ne veut pas y consentir.

6 mars. Le purgatif a produit deux évacuations copieuses, non fétides, couleur normale, la première moulée en partie; le ventre est diminué de volume, rate toujours dans le même état; pas de nouvelles taches; langue saburrale; état général parfait. Il se rend, appuyé sur un bras, dans une autre chambre, et le soir regagne sa chambre habituelle. Ce mouvement le fatigue un peu.

7 mars. Ventre un peu ballonné, indolore; pas de taches nouvelles; langue dans le même état; pas d'anorexie. Le bouillon et le lait sont pris sans dégoût, le vin est trouvé bon. L'état général est moins satisfaisant; il y a un peu de somnolence et un léger degré d'hébétude, plutôt cependant dans les traits que dans l'intelligence, qui est toujours parfaite. Vin, lait et bouillon; 50 centigr. de sulfate de quinine; eau-de-vie 50 gr.

8 mars. Même état. Un peu moins d'albumine dans les urines. Même traitement. Demain 35 gr. de citrate de magnésie.

9 mars. Le purgatif a provoqué trois évacuations; le ventre est moins ballonné; pas de nouvelles taches. Respiration meilleure, expiration moins prolongée. La langue reste sale, conserve l'empreinte des dents. La rate est dans le même état. Eau-de-vie 50 gr.

10 mars. Toujours un peu de stupeur, mais à un degré très léger; pas de ballonnement du ventre; la rate semble légèrement diminuée; pas de sensibilité dans les fosses iliaques; intelligence parfaite. Sulfate de quinine 50 centigr.; eau-de-vie 50 gr.

11 mars. Le léger degré de stupeur a disparu; la langue s'améliore, les bords en sont moins rouges; l'îlot central est plus humide et paraît se dissocier. Le ventre est en bon état, sans ballonnement; le clignement des yeux est revenu naturel, cependant il n'y a pas en d'évacuation hier ni aujourd'hui; j'insiste pour qu'un lavement soit administré tous les jours, sur-

tout et au moins les jours où il n'y a pas d'évacuation naturelle. Il m'est impossible de faire partager au malade cette manière de voir. Aujourd'hui, sulfate de quinine 50 centigr.; eau-de-vie 50 gr.; vin, lait, bouillon. Demain 35 gr. de citrate de magnésie.

12 mars. Depuis le commencement de sa maladie, notre confrère passe des nuits excellentes; il dort tout d'un somme de neuf à dix heures du soir jusqu'à huit heures du matin, sans la moindre agitation, ne demandant pas une fois à boire, sans la moindre rêvasserie. Depuis quelques jours, il a une légère moiteur, qui survient chez lui vers trois ou quatre heures du matin. Cette nuit a été bonne entre toutes; il a dormi le plus paisiblement du monde. Le purgatif a déterminé deux selles copienses, pas fétides. Le ventre est parfait; la langue, en meilleur état, présente beaucoup moins d'enduit; l'état général est aussi satisfaisant que possible. Eau-de-vie 50 gr.

13 mars. L'amélioration continue et s'accentue. La langue se nettoie, l'appétit renaît; le malade demande à prendre plus de nourriture et à se lever. De fait, deux potages sont ajoutés à son régime, et ils sont pris avec grand plaisir; lever de une heure à deux heures et demie sans fatigue. Le ventre est très bon.

14 mars. Amélioration évidente, langue meilleure; la digestion ne fatigue en rien. Le malade se lève deux heures et cause amicalement avec tout le monde. Sauf la maigreur, il paraît être dans un état normal. Même alimentation.

15 mars. Etat aussi satisfaisant que possible, ventre normal. Le malade reste levé plus longtemps sans fatigue; cependant il n'a pas de garderobes. Je le prie en vain de prendre matin et soir un lavement pour régulariser cette fonction. Il refuse, mais demande à prendre du jus de pruneaux.

16 mars. Le jus de pruneaux semble produire un bon effet; il y a en hier une selle normale; le ventre est parfait, l'état général aussi bon qu'on puisse le désirer. Le malade affirme se sentir guéri, demande plus de nourriture, deux biscuits de Reims trempés dans du vin deux fois par jour. Il se lève deux heures et se recouche très gai, sans fatigue.

16 mars. La langue est presque normale, l'appétit très accentué; le malade demande à manger avec insistance; il a faim, dit-il toute la journée, et ne parle à sa famille que du désir qu'il a de manger. Quelques quartiers d'oranges accommodés avec un peu d'eau-de-vie, lui sont accordés, mais il devra rejeter la pulpe et les pépins. L'état est excellent sous tous les rapports; cependant pas de garderobes et refus de lavements.

17 mars. Même état excellent, même appétit, même régime.

18 mars. Notre confrère est préoccupé de voir les températures du soir se tenir au-dessus de 38°; il s'irrite d'avoir tous les soirs une pareille ascension thermométrique, alors qu'il se sent si bien. Je lui propose et il accepte de prendre pendant trois jours 80 centigr. de bromhydrate de quinine.

19 mars. La nuit a été des meilleures; toujours un peu de transpiration dans la matinée. Le bromhydrate de quinine n'a occasionné aucune fatigue. Aujourd'hui, même dose. L'état est on ne peut plus satisfaisant: les forces paraissent bien revenir. Pas de garderobes.

20 mars. A ma visite du matin, je trouve le malade très bien, demandant à manger une côtelette et exprimant hautement son désappointement de se la voir refuser; le ventre est normal, la voix absolument naturelle, forte et bien timbrée, et j'avoue que, sans les indications du thermomètre, je l'aurais autorisé à manger et même à descendre. Le soir je revois le malade; quel changement en quelques heures: le thermomètre indique 39°,5; Berdinel est très abattu, très fatigué, il se plaint de souffrir du ventre pour la première fois; il est très affaibli, peut à peine parler: les mouvements, même de peu d'étendue, sont difficiles et pénibles; le pouls est précipité, la voix éteinte. Le ventre au palper est douloureux dans tous les points: la douleur s'étend et remonte jusqu'aux insertions diaphragmatiques, cependant il n'y a pas de ballonnement. Voici ce qui s'était passé: dans le milieu de la journée, vers trois heures, le malade sentit un vague besoin d'aller à la selle; au bout de quelques instants, il sentit un énorme bol fécal descendre vers l'anus, mais la dureté des matières l'empêcha de les expulser. Au lieu d'essayer de les dissocier peu à peu par des lavements, il eut la fatale idée de vouloir les évacuer immédiatement, et alors il se livra à des efforts énergiques pour arriver à s'en délivrer; il contracta ses muscles le plus vigoureusement qu'il put et poussa même l'imprudence jusqu'à aider les forces naturelles, en exerçant avec la main des pressions sur son ventre aussi énergiquement qu'il le put. Il passa *plus d'une heure* à se torturer ainsi sans pouvoir arriver à se débarrasser complètement; il se résigna alors à prendre un lavement à l'aide duquel il rendit encore une masse assez volumineuse, et à bout de forces il se recoucha. Cependant il demandait à manger, et je dus user de subterfuge pour le mettre à la diète. Bouillon simple, lait.

(A suivre.)

REVUE CRITIQUE

DERNIÈRES MODIFICATIONS APPORTÉES A L'OPÉRATION DE LA CATARACTE.

Par un de ces retours trop fréquents dans l'histoire de la médecine, l'opération de de Graefe (section linéaire périphérique combinée avec l'iridectomie), après avoir excité l'enthousiasme que l'on sait, est aujourd'hui presque universellement abandonnée. On se demande si l'ancienne méthode française à lambeau ne réalisait pas des avantages que l'on a trop méconnus et s'il ne serait pas temps d'y revenir, en lui faisant subir les modifications que l'expérience a inspirées. On se rappelle d'ailleurs que beaucoup de chirurgiens qui ne comptent pas parmi les moins sages, Desmarres, Hasner, Warlomont, Bowmn, etc., sont restés fidèles à la méthode de Daviel ou, tout au moins, ne l'ont jamais complètement abandonnée.

Il est piquant de noter que le signal de la déroute a été donné par M. de Wecker dont les statistiques n'ont pas peu contribué au succès de l'incision linéaire combinée. Il explique d'ailleurs sa volte-face par une observation exacte. Par le procédé de de Graefe, « la sécurité de l'opération a beaucoup gagné, mais la pureté des résultats au point de vue optique a quelque peu perdu ». Il est donc légitime de chercher de nouveaux perfectionnements.

M. de Wecker adopte d'abord un lambeau périphérique de 4 mm. de hauteur, taillé dans la jonction de la sclérotique avec la cornée. Il supprime l'iridectomie et instille l'ésérine immédiatement après l'opération, pour prévenir les enclavements de l'iris. (*Sur un nouveau procédé opératoire de la cataracte.* ANN. D'OCUL., t. LXXXIII, p. 264.)

Ainsi que l'a fait remarquer M. Warlomont, c'est un retour déguisé à la méthode française. (*Compte rendu de la thèse de M. Cuisnier.* ANN. D'OCUL., t. LXXVIII, p. 96.)

Mais M. de Wecker n'a pas tardé à regretter l'abandon de l'iridectomie.

« Je m'étais flatté d'abord, dit-il, que le retour à l'extraction à lambeau aurait eu pour résultat de dispenser de l'iridectomie; mais j'ai dû bientôt reconnaître que, par le fait de la situation périphérique de la section que j'ai adoptée et en dépit de l'action adjuvante et très précieuse de l'ésérine, le prolapsus pouvait encore se produire. » (THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE, 1878.)

Il conclut à la nécessité de pratiquer l'iridectomie dans certains cas, et je crois qu'actuellement il la pratique chez tous ses malades.

M. de Wecker s'est donc arrêté à un procédé qui consiste dans la section d'un petit lambeau taillé dans le limbe scléro-cornéen, combiné avec l'iridectomie.

En fait, c'est le procédé suivi par la plupart des chirurgiens qui, ayant pratiqué la méthode de de Graefe, n'ont pas tardé à reconnaître les inconvénients d'une incision scléroticale se rapprochant trop du cercle ciliaire.

Quaglino, expérimentaat la section linéaire périphérique, a eu d'abord autant d'insuccès qu'avec l'extraction à lambeau. Sa statistique s'est améliorée dès qu'il a reporté l'incision dans la portion sclérale de la cornée. (*De la valeur relative de l'extraction linéaire modifiée comparée aux autres méthodes d'opération de la cataracte.* ANNALI DI OTTOLMOGIA, 1876.)

Mais il est impossible de pratiquer une telle incision, suffisamment grande, sans disséquer un lambeau.

Au surplus, la linéarité tant préconisée par de de Graefe est difficilement réalisable et, en tout cas, n'a été presque jamais réalisée par la plupart des chirurgiens qui ont suivi son procédé. Je l'ai rarement vu exécuter et je ne l'ai jamais exécuté moi-même sans un petit lambeau qui, il est vrai, varie de hauteur, suivant que le chirurgien cherche à se rapprocher de la sclérotique ou à s'en éloigner.

C'est là toute la différence entre la méthode soi-disant linéaire et les procédés à lambeau périphérique.

Quaglino et de Wecker ne pratiquent qu'une petite iridectomie, donnant à la pupille la forme d'une bombe enflammée au lieu de celle du trou de serrure de l'iridectomie ordinaire.

M. Chavernac a présenté l'année dernière à la Société de chirurgie un excellent mémoire, qui est un vigoureux plaidoyer en faveur de la méthode de Daviel. Il l'a cependant un peu modifiée. Il pratique la kératotomie inférieure avec le couteau de Beer ou de de Graefe, suivant les cas; ponction et contre-ponction à 1mm. au-dessous du diamètre transversal, à 1/2 mm. du bord scléral. Frappé de l'obstacle que l'iris oppose à la sortie du cristallin lorsque celui-ci se présente coiffé par le sphincter, au moment où le bord pupillaire franchit la plaie, il lui donne un coup de ciseau dans l'étendue de 1 à 2 mm. dans le sens vertical. Son procédé consiste donc à combiner un lambeau cornéen assez étendu avec l'iridotomie (*Extraction de la cataracte; retour à la méthode de Daviel.* SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, 29 nov. 1882).

Moura Brazil (ARCHIV. D'OPHTH. DE LISBONE, 1881); Gailliet (GAZ. HEBD. DE MÉD. ET DE CHIRURGIE, 1881), ont également proposé de remplacer l'iridectomie par l'iridotomie.

M. Galezowski repousse aussi l'incision linéaire et préconise la méthode à lambeau de Daviel sans iridectomie. Mais son procédé, tel qu'il le décrit, ne paraît pas très bien répondre aux principes qu'il pose. Il pratique la ponction à 3 m m. au-dessus du diamètre horizontal, disèse à l'aide du couteau la capsule, pratique la contre-ponction également à 3 m m. au-dessus du diamètre transversal et, dirigeant le tranchant du couteau en avant, fait tomber le sommet du lambeau à 2 m m. du bord scléretical supérieur. (*De la nouvelle méthode de l'extraction de la cataracte sans excision de l'iris.* RECUEIL D'OPHTHALMOLOGIE, février 1883). Le diamètre vertical de la cornée n'étant guère que de 10 m m., soit 5 m m. pour une ligne menée du bord supérieur au diamètre transversal, M. Galezowski, d'après les chiffres qu'il donne, ne pratique pas un lambeau, mais une incision linéaire ou quasi-linéaire, et son procédé se rapproche bien plus de ceux de Notta-Kuchler ou Lebrun-Warlomont que de celui de Daviel.

On a pu dire avec raison qu'il ne reste du procédé de de Graefe que le couteau. « Combien de temps, se demande M. Warlomont, faudra-t-il au couteau classique de Beer ou de Sichel pour en prendre la place? Celui vraisemblablement qu'il faudra aux praticiens du jour pour apprendre à s'en servir et à en apprécier les avantages. Cet apprentissage fait, ils reconnaîtront qu'une main habile y trouve des ressources que le couteau linéaire leur refusera toujours. »

Le couteau de de Graefe a certainement de grands avantages; il est d'un maniement plus facile que le couteau triangulaire, et ceux qui ont l'habitude de s'en servir s'en sépareront difficilement. Ils y seront conduits cependant par la logique, s'ils adoptent un lambeau de plus de 3 mm. de hauteur.

Pour peu qu'il s'échappe d'humeur aqueuse pendant la ponction ou la contre-ponction et que la cornée soit flasque, comme cela arrive souvent chez les vieillards, avec le fin couteau, il devient très difficile de tailler correctement un lambeau de 4 à 5 m m. Le couteau de Beer donne une plaie plus régulière et une coaptation plus parfaite. Or, la correction du lambeau devient d'autant plus importante que la section est reportée davantage vers la sclérotique et que l'on supprime l'iridectomie. Si l'on veut éviter les enclavements de l'iris, qui seront toujours la pierre d'achoppement des procédés à sans iridectomie, la parfaite netteté de la plaie est le premier but que le chirurgien doit poursuivre.

Pour un lambeau de 4 m m. de hauteur, je me sers avantageusement depuis quelque temps d'un couteau deux fois plus large que celui de de Graefe, soit 2 m m. 1/2. Avec la disposition ordinaire, un pareil couteau ne pique pas suffisamment; il est nécessaire qu'à la pointe il soit tranchant sur les deux bords. Après la ponction et la contre-ponction, le lambeau se trouve dessiné et presque achevé par une section telle qu'on l'obtient avec le couteau triangulaire. Par sa largeur, la lame évite que l'iris vienne se placer sur le tranchant; elle permet cependant de modifier la section si la ponction ou la contre-ponction n'ont pas été faites dans l'endroit voulu, c'est-à-dire qu'elle ne supprime pas complètement le principal avantage du couteau de de Graefe. Ce couteau est en outre un excellent sclérotome.

Les chirurgiens ne se sont pas seulement préoccupés de la forme, de l'étendue et du siège à donner à l'ouverture de l'enveloppe oculaire, de l'utilité d'une brèche pratiquée dans l'iris et du moyen le plus avantageux de la pratiquer; l'ouverture de la capsule, quoique moins importante, méritait aussi de fixer leur attention.

Le docteur H. Pagenstecher a ouvert une nouvelle campagne

en faveur de son procédé d'extraction du cristallin avec la capsule. Il le recommande surtout pour certaines formes telles que les cataractes noires, celles qui ont atteint un haut degré de maturité, et enfin pour la cataracte à noyau flottant. Des recherches anatomiques lui ont démontré que, dans ces conditions, le ligament suspenseur est relâché et le cristallin plus ou moins décollé de la face antérieure du corps vitré. Cela explique la possibilité de l'extraction de la cataracte avec la capsule, même sans issue du corps vitré. (H. Pagenstecher. *Die Operation des grauen Staares in der geschlossenen Kapsel*. WIESBADEN, 1877, et ARCHIV. FÜR ANGENHEILKUNDE, VON KNAPP UND HIRSCHBERG, Vol. X, 1).

M. Knapp préconise l'ouverture périphérique de la capsule, déja pratiquée par Gayet (de Lyon). (*Thèse de M. Quioe. De la discision périphérique ou équatoriale avec conservation des deux cristalloïdes*, 1879.)

Le chirurgien de New-York s'est d'abord servi du couteau de Graefe pour ce mode de discision, puis d'un cystitome spécial qu'il a présenté au congrès de Londres. Les avantages de ce procédé sont : l'issue plus facile du cristallin, la guérison plus rapide et plus parfaite, parce que les débris corticaux, maintenus entre les deux feuillets capsulaires, provoquent moins de réaction. Mais il a un grave inconvénient, c'est qu'il expose davantage aux cataractes secondaires et nécessite une seconde intervention. L'auteur le reconnaît, mais la nécessité de recourir ultérieurement à une discision est largement compensée, selon lui, par les avantages de l'ouverture périphérique. (Knapp. *Ouverture périphérique de la capsule*. SOCIÉTÉ OPHTHAL. DE HEIDELBERG, 1878. — ARCHIV. OF OPHTHALMOLOGY. Vol. X, no 3. — Vol. XII, no 1.)

Un des reproches que l'on fait à l'ouverture de la capsule, telle qu'on la pratique ordinairement, est l'enclavement des lambeaux capsulaires dans la plaie. Ces enclavements, signalés par Horner, bien étudiés par Otto Becker (*Atlas der pathol. Topographie des Auges*, 1 Lief), existent incontestablement, mais il semble qu'on leur attribue un rôle trop important dans les accidents irritatifs qui persistent quelquefois après l'opération de la cataracte. Je crois que beaucoup de ces accidents sont imputables à une variété d'enclavement de l'iris, lorsque la section du sphincter n'arrivant pas suffisamment près de son bord adhérent, laisse une frange qui longe le bord de la plaie, s'y engage ou tout au moins contracte avec elle des adhérences. L'opacité de la cicatrice dissimule ces adhérences ou ces enclavements qui ne donnent pas toujours lieu à des productions staphylomateuses comme ceux qui siègent vers les angles de la plaie.

Au résumé :

La section linéaire périphérique de de Graefe est justement abandonnée. La plupart des chirurgiens ont adopté un lambeau de 4 mm. de hauteur, taillé dans le limbe sclérocornéen.

Le couteau triangulaire donne une section plus correcte du lambeau que le couteau fin de de Graefe, mais il est d'un maniement plus difficile. Un couteau de 2 m.m. 1/2 de largeur est avantageux pour le lambeau de 4 mm.

La suppression de l'iridectomie, c'est-à-dire le retour au procédé de Daviel, serait désirable au point de vue de la perfection des résultats. Elle semble cependant devoir être conservée pour ses avantages, surtout avec un lambeau périphérique qui expose aux enclavements de l'iris.

La question de savoir s'il serait utile de remplacer l'iridectomie ordinaire par une section moins large de l'iris ou par l'iridotomie est à l'étude.

L'ablation du cristallin avec sa capsule ne saurait être acceptée comme méthode générale.

L'ouverture périphérique de la capsule a des avantages qui ne semblent pas compenser la fréquence plus grande de la cataracte secondaire.

H. PARINAUD.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 mai 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

DU RÔLE RESPECTIF DE L'OXYGÈNE ET DE LA CHALEUR DANS L'ATTÉNUATION DU VIRUS CHARBONNEUX PAR LA MÉTHODE DE M. PASTEUR. THÉORIE GÉNÉRALE DE L'ATTÉNUATION PAR L'APPLICATION DE CES DEUX AGENTS AUX MICROBES AÉROBIES, par M. A. CHAUVEAU.

Voici les conclusions de la note de M. Chauveau :

I. Les faits antérieurement connus prouvent que la chaleur et l'oxygène, sources de toute activité vitale, peuvent se changer, pour les microbes infectieux aérobies placés dans certaines conditions, en agents d'atténuation, d'altération et de mort.

II. Ces conditions de l'atténuation appartiennent soit aux microbes qui la subissent, soit aux agents atténuants eux-mêmes.

III. Pour déterminer celles des conditions d'atténuation qui sont inhérentes à la substance infectieuse, on a eu tout intérêt à se servir d'un microbe connu, le *Bacillus anthracis*, et à le prendre dans les cultures de vingt heures à la température $+42°\text{-}43°$; cultures où il existe à l'état de filaments ou bâtonnets virulents, doués d'une grande aptitude à subir les divers changements de propriétés qu'on veut leur imprimer.

IV. C'est quand le protoplasme de ces *Bacilli* est en état de complète inertie, au point de vue nutritif et évolutif, qu'il est le mieux disposé à éprouver l'influence des actions atténuantes. Mais la transmission héréditaire de l'atténuation se fait alors imparfaitement.

V. Si, pendant l'exercice des actions atténuantes, le protoplasme a conservé une certaine activité prolifique, l'atténuation se produit avec plus de difficultés, mais se transmet bien plus complètement aux générations ultérieures.

VI. Aucune atténuation sérieuse ne peut se manifester pendant l'exercice intégral de la faculté évolutive.

VII. Cette faculté étant étroitement liée à l'intervention de la chaleur et de l'oxygène, l'atténuation, à ses divers degrés, dépend donc des conditions qui rendent ces agents agénésiques, dysgénésiques ou eugénésiques.

VIII. La privation d'oxygène est une condition essentiellement agénésique. Aussi, dans le vide, les cultures préparées pour l'atténuation se modifient d'une manière remarquablement régulière sous l'influence de la chaleur. De zéro à $+50°$, cette influence atteint son résultat extrême, c'est-à-dire la mort des microbes, dans un temps qui varie de quinze ou vingt jours à quelques heures. Il y a lieu aussi, d'après les expériences de M. Bert, de ranger au nombre des conditions agénésiques l'accroissement de la tension de l'oxygène.

IX. Si la température sort des limites bien connues de l'eugénésie, elle devient d'abord dysgénésique, puis agénésique et exerce alors une puissante action atténuante sur les cultures, soit exclusivement par elle-même, soit avec le concours de l'oxygène. L'influence de ce dernier ne se fait guère sentir, en tant que force atténuante, que dans les cas où l'agénésie tient à l'abaissement de la

température ; et encore cette influence est-elle peu active. Quand l'agénésie dépend de l'élévation de la température, la présence de l'oxygène, au lieu de concourir à l'atténuation, retarde celle-ci très sensiblement.

X. C'est donc surtout par excès de chaleur, en l'absence de l'oxygène, que les cultures s'atténuent, s'altèrent et meurent; d'un autre côté, si l'oxygène agit quelque peu, par sa présence, comme débilitant, c'est quand la chaleur fait défaut. D'où l'on voit que, pour produire leur maximum d'action, en additionnant leurs effets, les deux agents atténuants, chaleur et oxygène, doivent être mis dans des conditions respectivement inverses.

XI. Il se produit toujours des altérations matérielles dans la substance des *Bacilli* dont l'activité est détruite ou simplement diminuée par le fait d'une cause atténuante : segmentation et disparition partielle du protoplasme, ou sa transformation en pseudo-spores. Parfois ces altérations sont peu marquées et ne font pas prévoir la grave atteinte portée aux propriétés physiologiques.

XII. Toute culture préparée dans les conditions types, c'est-à-dire arrêtée dans son développement après vingt heures d'exposition à la température + 42o-43o, et qui a traversé une phase agénésique pendant laquelle s'est produite une convenable atténuation, reprend et complète son évolution quand cette culture est replacée dans des conditions eugénésiques. De même une deuxième culture, ensemencée avec les *Bacilli* atténués de la culture primitive, se développe parfaitement bien dans le thermostat à + 35° environ. Les spores très vigoureuses qui proviennent de ces diverses cultures ne sont pas douées de toute la virulence que possèdent celles des cultures normales et se distinguent par une grande aptitude à devenir encore beaucoup moins actives sous l'action du chauffage à + 80°-85°.

XIII. Sous ce dernier état, les spores dont il s'agit constituent, pour le mouton, un virus d'inoculation préventive qui, par la facilité de sa préparation, la sûreté de sa conservation, son innocuité et la solidité de l'immunité qu'il confère, paraît ne le céder à aucun autre agent préventif.

XIV. Quand l'atténuation des *Bacilli* de la culture préparée *ad hoc* s'est opérée à une température simplement dysgénésique, c'est-à-dire compatible avec une lente continuation d'un certain travail évolutif (méthode de M. Pasteur), les spores des cultures engénésiques qui font suite à cette première culture n'ont pas besoin d'un chauffage spécial pour compléter leur atténuation. Elles sont directement en possession du maximum de bénignité que l'atténuation a communiquée aux éléments de la première culture.

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 5 juin 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend : 1o des lettres de candidature de MM. Péan et Terrier pour la section de pathologie externe ; 2o de MM. Vidal, Desnos et Ferrand pour la section de thérapeutique ; 3o de M. de Ranse pour la section des associés libres ; 4o de M. Cazeneuve (de Lyon) pour la place de membre correspondant national ; 5o une lettre de remerciements de M. Cazeneuve (de Lille), récemment nommé membre correspondant.

Travaux présentés. — *Vichy-Cusset et leurs eaux minérales* (3e édition), par M. le docteur Grellety. — *Traité des maladies puerpérales* (1er fascicule), par M. le docteur Siredey.

— M. Laboulbène fait une communication *sur un parasite de la peau observé en France à l'état vivant pour la première fois*.

M. Hardy ayant envoyé à M. Laboulbène une larve vivante qui avait été extraite par incision d'une tumeur de la face sur une femme arrivant du Brésil, M. Laboulbène a pu reconnaître à première vue la larve de la *Cuterebra noxialis*, de Gondot, faisant actuellement partie du genre *Dermatolia*, de Braner.

Ce parasite vit dans les forêts du Nouveau-Monde, sur les grands animaux, les bœufs, et exceptionnellement sur l'homme.

On essaya, mais en vain, de lui faire opérer ses transformations successives en pupe, puis en insecte ailé. Déposée sur la terre, elle s'y racconrcit, puis noircit et mourut.

M. Laboulbène termine en émettant l'espoir de voir un jour les parasites américains arriver dans nos contrées de manière que l'on puisse les observer, les décrire et, finalement, les détruire.

— M. le Président dit qu'une commssion a été tirée au sort pour l'examen des titres des candidats pour la place vacante dans la section des associés libres. Cette commission se compose de MM. Mesnet, Pasteur, Empis, Ricord, Sappey, Blot et Regnauld.

Sur la proposition de M. Luys, une commission est nommée pour faire un rapport sur les modifications à apporter à la loi sur les aliénés, dont la discussion va s'ouvrir devant le Sénat. Cette commission se compose de MM. Luys, Blanche, Brouardel, Baillarger, Mesnet.

— M. Semmola, professeur à l'Université de Naples, lit un travail ayant pour titre : *Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries, principalement sur la maladie de Bright*.

Le but de ces recherches a été la continuation de celles que le professeur Semmola avait communiquées au congrès de Londres, et dans lesquelles il avait surtout démontré, par le degré de diffusibilité des albuminoïdes du sang, que l'albumine du sérum, chez les brightiques, se diffuse en quantités considérables, tandis que dans les autres albuminuries cela n'arrive pas.

Ensuite l'albumine, chez les brightiques, est éliminée dans l'organisme par toutes les voies de dépuration, et surtout par la bile, qui ne contient jamais d'albumine dans l'état normal.

Ces nouvelles recherches sont dirigées par l'idée de démontrer que la fonction éliminatrice de l'albumine à travers les reins est capable de produire une série de troubles histologiques dans ces organes, qui commence par l'extravasion des globules du sang et passe graduellement par la tuméfaction trouble des épithéliums, la dégénérescence graisseuse et la nécrose des épithéliums, jusqu'à produire l'irritation du tissu conjonctif, qu'on n'a pas encore pu suivre dans ses phases successives, et qui démontre, dans tout cela, une évolution analogue à la néphrite parenchymateuse et interstitielle qui constitue la vraie maladie de Bright.

Ces lésions sont proportionnelles à l'hétérogénie de l'albumine employée par les injections hypodermiques, c'est-à-dire que l'albumine du blanc d'œuf reproduit le maximum et le sérum du sang le minimum des lésions produites dans les reins par ces injections.

La communication de M. le professeur Semmola, improvisée en français avec un talent oratoire des plus remarquables, est accueillie par de nombreux applaudissements.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les conclusions de la commission de la fièvre typhoïde.

A propos du procès-verbal de la dernière séance, M. Blot demande la parole pour repousser le reproche d'*illogisme* qui lui a été adressé par M. Rochard. Comme M. Fauvel, il a cru devoir combattre les conclusions de la commission, mais s'il s'est placé à un point de vue différent, et s'il a combattu ces conclusions par des arguments tout différents de ceux de M. Fauvel, il n'a rien fait, en somme, d'illogique.

M. Fauvel tient à écarter toutes les questions personnelles. Il n'a nullement contesté le droit de l'Académie à prendre l'initiative de vœux à soumettre au gouvernement en matière d'hygiène publique, comme a paru le supposer M. Bergeron. C'est donc à tort qu'on lui attribue l'opinion en vertu de laquelle l'Académie ne pourrait prendre l'initiative de vœux concernant les questions de sa compétence. Seulement ces questions sont d'un ordre très différent de celles tranchées par la commission. Autant que qui que ce soit, il est partisan de l'intervention de l'Académie dans les questions d'hygiène, mais il veut que l'Académie ne formule que

des vœux qui sont de sa compétence, et, dans le cas actuel, il n'en est pas ainsi.

La commission a voulu frapper fort et elle estime que ses conclusions répondent à ce sentiment. M. Fauvel n'est pas de cet avis: il pense que pour frapper fort avec efficacité il faut frapper juste. Dans la formule qu'il a proposée et que la commission trouve trop anodine, il s'est attaché surtout à frapper juste.

Dans l'œuvre de la commission, il a particulièrement critiqué la forme dans laquelle les conclusions sont présentées au gouvernement, forme qui fait supposer que l'Académie est restée complètement étrangère aux questions d'assainissement qui sont depuis un certain temps l'objet d'études sérieuses.

Maintenant que l'Académie est suffisamment éclairée, elle peut se laisser entraîner par l'éloquence de M. Rochard, ou bien s'en tenir à des conclusions moins ambitieuses mais plus pratiques et en réalité plus justes et mieux appropriées au rôle de l'Académie. En tout cas, M. Fauvel considère son intervention comme terminée, et il ne désire pas prolonger le débat.

M. Marjolin déclare qu'il faut se rallier sans hésiter aux conclusions de la commission, conclusion d'une opportunité incontestable et irréprochables dans leur forme. Les adopter est une nécessité. Tout délai serait une faute, d'autant plus que les améliorations réclamées sont de celles qui sont toujours longues à obtenir. Les médecins dont les souvenirs remontent à l'année 1832 peuvent se rappeler que dès lors on signalait dans l'hygiène des services hospitaliers l'urgence de réformes indispensables qui cependant n'ont été effectuées que tout récemment, après quarante ans.

Il en a été à peu près de même en ce qui touche l'hygiène des maternités. S'il faut encore quarante ans pour obtenir qu'on écarte les causes auxquelles nous devons la gravité des épidémies de fièvre typhoïde, on ne saurait commencer trop tôt à agiter cette question. D'ailleurs, en ce moment même, une de nos assemblées délibérantes s'occupe des logements insalubres; c'est le cas, pour l'Académie, de prendre elle-même la parole. Il faut se rendre à l'évidence et profiter des leçons d'une rude expérience. On n'a pas le droit de se laisser endormir par l'annonce de progrès qui sont toujours promis et ne se réalisent jamais. On ne fait rien, il faut bien le savoir. Ce n'est pas l'administration que M. Marjolin attaque, c'est la mollesse et la torpeur universelles. Que ceux qui doutent de la nécessité immédiate de l'application de la loi fassent comme MM. Th. Roussel, Schœlcher, Henri Gueneau de Mussy, Picot et Saint-Marc Girardin, qu'ils aillent avec M. Marjolin visiter eux-mêmes les taudis où la population s'entasse, ils verront que ces conditions d'existence, ces causes de maladies traitées de banales forment dans leur ensemble des agents terribles de destruction de la santé et de démoralisation.

M. Marjolin cite un logement de deux pièces, rendu infect par des infiltrations d'urine provenant de lieux d'aisance, et où se trouvaient le père, la mère et cinq enfants, dont le plus jeune revenait de l'hôpital, convalescent d'une fièvre typhoïde. L'un des frères contracta la fièvre typhoïde et en mourut. Aucune précaution ne fut prise, aucun lavage ne fut fait et la contagion s'étendit. Ce n'est pas le nombre des naissances, mais le nombre des individus utiles qu'il faut avoir en vue. Or, il y a là des foyers de pourriture qui attaquent le physique et le moral. Il faut que les membres de l'Académie, qui ne sont pas seulement des médecins, mais encore des pères de famille, prennent une initiative énergique et se rattachent aux conclusions de la commission.

M. Lagneau pense, contrairement à M. Fauvel, que l'Académie doit indiquer les mesures qu'elle croit utiles à la salubrité de Paris. Seule, son autorité, reconnue de tous, peut faire obtenir les subsides nécessaires à l'accomplissement des travaux jugés utiles; seule, au nom de la santé publique, elle peut obtenir le concours simultané d'administrations distinctes.

— A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se réunit en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mai 1883. — Présidence de M. Guéniot

M. Polaillon présente, au nom de M. Dubourg (de Bordeaux), une note sur l'*ostéotomie pour le redressement des membres*.

M. Verneuil présente une brochure de M. Brongniart sur les contre-indications des eaux de Contrexéville.

M. Pozzi remet une brochure sur un cas de suture de la vessie dans une opération d'ovariotomie.

M. Richelot, à propos du procès-verbal, fait connaître quelques faits qui lui ont été communiqués par M. Onimus, et relatifs à des cas d'innervation collatérale aussi bien pour les filets moteurs que pour les filets sensitifs, à la suite de plaies nerveuses.

— Ankyloglosse totale. — M. Duplouy communique une observation de cette difformité rare.

Il s'agit d'un enfant de deux mois et demi, dont les parents ne présentent rien de semblable, mais dont la grand mère, morte actuellement, avait une gêne notable de la parole, sans que l'on puisse savoir s'il y avait vice de conformation de la langue; elle avait en outre une ectromélie de la main droite, qui se retrouve également chez l'enfant. Celui-ci présente un arrêt de développement de la mâchoire inférieure. La langue complètement adhérente au plancher de la bouche présente une très grande minceur en avant et sur les bords. La succion, très difficile, pour ne pas dire impossible, amène un soulèvement en masse de la région sus-hyoïdienne.

M. Duplouy se propose de détacher la langue de ces adhérences au moyen du thermocautère, et il demande l'opinion de la Société sur ce cas.

M. Lucas-Championnière a vu un cas analogue chez un enfant auquel il s'est contenté de dégager en partie la pointe de la langue par un coup de ciseau. Cette opération incomplète a suffi pour permettre la succion. L'enfant a été perdu de vue.

M. Verneuil pense que si l'on se contente de séparer les parties simplement, la cicatrisation se ferait comme dans les plaies triangulaires et tout reviendrait dans le même état au bout d'un certain temps. Pour éviter cela, il conseille deux procédés: ou bien, une fois la langue détachée du plancher de la bouche, en suturer les deux bords à la partie inférieure, de manière à faire une sorte de cylindre; ou bien la recourber en dessous, pour suturer la pointe du côté de la base, quitte à lui rendre ultérieurement sa longueur primitive.

M. Trélat a vu un cas analogue, dans lequel la langue n'était attachée que par un voile mince qui la fixait par tout un pourtour sur les côtés du maxillaire; il existait au-dessous une cavité, et il a suffi de sectionner ce repli membraneux pour libérer immédiatement la langue.

M. Desprès, en examinant les dessins présentés par M. Duplouy, se demande si la langue existe et si, dans tous les cas, elle n'est pas considérablement atrophiée. Il pense que, dans le cas où l'on ferait une opération, il faudrait préalablement passer un tube en dessous et à la base de la langue; puis, au bout d'un certain temps, faire une des opérations proposées par M. Verneuil. Mais, avec M. Tillaux, M. Desprès se demande si l'opération est urgente chez cet enfant. Si l'on peut le nourrir suffisamment, il faut attendre qu'il soit plus âgé pour pouvoir supporter une opération de cette gravité.

MM. Sée croit qu'on pourrait prendre deux lambeaux muqueux sur la face interne des joues pour les appliquer sur la plaie laissée par le décollement de l'organe.

M. Guéniot conseille aussi d'attendre pour l'opération, et de se servir pour nourrir l'enfant d'un vase à long bec ou d'une longue tétine en caoutchouc, ou encore de le nourrir à la cuillère. Il a vu un enfant porteur d'une gueule de loup et qui, nourri par ce procédé, s'est parfaitement bien développé.

M. VERNEUIL a nourri pendant une semaine un enfant de huit jours, au moyen d'une sonde en caoutchouc rouge que l'on introduisait plusieurs fois par jour dans l'œsophage.

— M. ROBIN (de Lyon) présente un appareil pour le redressement des ankyloses du genou.

— M. POLAILLON, présentation de pièces : arrachement de la dernière phalange de l'index gauche, avec tout le tendon du fléchisseur profond.

Dr HENRI BASTARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai 1883. — Présidence de M. MILLARD.

ANGINE ULCÉREUSE. — A propos du procès-verbal, M. DAMASCHINO cite une observation d'angine ulcéreuse absolument semblable au fait rapporté par M. Duguet dans la dernière séance et survenue dans le cours de la fièvre typhoïde chez un malade de son service.

LÉSIONS SYPHILITIQUES DES OS CHEZ LES ENFANTS. — M. DAMASCHINO cite aussi plusieurs cas de pseudo-paralysie syphilitique des membres chez des enfants, lesquels ont tous succombé. Ces accidents, du reste, ne sont pas rares. Il rapporte notamment l'observation d'un enfant de treize mois chez lequel la pseudo-paralysie syphilitique avait atteint successivement les deux membres supérieurs ainsi que l'un des membres inférieurs. L'enfant succomba rapidement, et l'autopsie montra des lésions osseuses et viscérales analogues à celles qui ont été décrites autrefois par M. Parrot.

PSEUDO-PARALYSIE SYPHILITIQUE PROGRESSIVE. — M. MILLARD donne lecture d'une observation de pseudo-paralysie syphilitique du bras gauche chez une petite fille de deux mois et demi, qui a surtout ceci de remarquable, dit-il, qu'à sa connaissance c'est le premier cas qui se soit terminé par une guérison complète, grâce au traitement spécifique par le sirop de Gibert et les bains de sublimé.

La paralysie datait de quelques jours lorsque l'enfant fut amenée à Paris. Elle était survenue sans cause appréciable ; cette petite fille, allaitée par sa mère, s'était très bien développée jusque-là. Le père avait contracté la syphilis deux ans et demi avant son mariage ; il avait suivi un traitement très sévère pendant dix-huit mois, avait été considéré comme parfaitement guéri par MM. Ricord et Lasègue et avait été autorisé par eux à se marier. Néanmoins, et bien que cet homme n'ait jamais présenté aucun accident syphilitique à dater du jour de sa guérison, sa femme avait été infectée par lui peu de temps après le mariage et avait suivi la médication spécifique jusqu'à la fin de sa grossesse. Quant à l'enfant, elle était née neuf mois, jour pour jour, après cette époque.

En l'absence de tout traumatisme, de toute trace apparente d'une diathèse quelconque, en raison de l'impossibilité d'examiner le bras inerte par suite des cris poussés par l'enfant dès qu'on voulait la toucher, enfin quelques-uns des renseignements ci-dessus faisant défaut, MM. Millard et Roger avaient conclu avec certaines réserves à une paralysie spinale infantile et prescrit des vésicatoires promenés autour de l'épaule, ainsi que l'emploi des courants électriques induits. Mais, quelques jours plus tard, l'épaule droite se prenait à son tour, les muscles cervicaux perdaient de leur énergie sans qu'il y eût ni atrophie musculaire, ni tuméfaction des articulations. En même temps le médecin de province qui soignait l'enfant faisait part de ses soupçons sur la nature spécifique du mal et informait M. Millard que la mère de l'enfant était actuellement atteinte d'une angine syphilitique avec engorgement des ganglions cervicaux, et qu'il l'avait soumise à l'iodure de potassium et aux pilules de proto-iodure.

Ces faits étaient un trait de lumière et M. Millard télégraphiait aussitôt à son confrère le conseil d'administrer sans retard le sirop de Gibert à la dose d'une cuillerée à café par jour en deux fois, ainsi qu'un bain de sublimé à 50 centigrammes tous les deux jours. Grâce à la nouvelle médication, au bout de neuf jours on constatait déjà une amélioration réelle, les douleurs cessaient et les mouvements reparaissaient dans le bras droit ; 15 jours plus tard, succès complet : le bras droit se mouvait dans tous les sens, le bras gauche n'était plus douloureux et commençait à pouvoir faire aussi quelques mouvements. M. Millard conseille de continuer encore les bains pendant six semaines, puis de les interrompre pendant deux mois pour les reprendre ensuite pendant un mois, enfin d'y revenir deux fois par an au moins, au printemps et à l'automne, chaque fois pendant six semaines. Le sirop de Gibert fut également continué à la dose d'une cuillerée par jour jusqu'à l'âge de deux ans ; de deux cuillerées de 2 à 4 ans ; et de trois cuillerées de 4 à 6 ans. Le traitement a été scrupuleusement suivi jusqu'à ce que l'enfant ait atteint six ans.

Aujourd'hui l'enfant a huit ans et demi : fraîche, vigoureuse et très intelligente, elle se porte parfaitement.

Quant aux parents, ils ont été soumis pendant ce temps, tous deux, le père (bien qu'il n'ait rien eu) comme la mère au traitement spécifique et jouissent actuellement d'une excellente santé. De plus, deux autres enfants sont nés depuis cette époque : l'un est âgé de 5 ans, l'autre de 12 mois ; ils sont l'un et l'autre très forts et très bien portants, et n'ont jamais eu le moindre accident.

MUGUET ET FIÈVRE TYPHOÏDE. — M. DUGUET fait une communication sur le muguet dans le cours de la fièvre typhoïde. Cette affection a ceci de particulier :

1o Qu'elle se développe d'arrière en avant, apparaissant tout d'abord sur l'isthme du gosier où elle prédomine, pour gagner peu à peu le voile du palais, la langue et les joues, c'est-à-dire la cavité buccale, où elle demeure accessoire, contrairement à l'évolution classique du muguet ordinaire.

2o Qu'elle est beaucoup plus fréquente chez l'adulte aujourd'hui qu'autrefois.

Voici, du reste, les conclusions de M. Duguet :

1o Il faut visiter avec soin la gorge chez les malades qu'on soupçonne atteints de fièvre typhoïde, parce qu'on pourra parfois y reconnaître des ulcérations capables, par leurs caractères, de fixer un diagnostic encore incertain ;

2o Il faut visiter avec non moins de soin la gorge de ceux qui ont une fièvre typhoïde bien avérée, pour que l'on puisse y découvrir et y combattre avec succès, dès le début, une angine crémeuse dont la propagation à l'œsophage et à l'estomac pourrait entraîner pendant la maladie, et surtout pendant la convalescence, au point de vue de la nutrition et de la réparation, les conséquences les plus funestes.

LES BAINS FROIDS DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — La discussion sur le mémoire de M. Dumontpallier continue par une lecture de M. Féréol qui se propose d'expérimenter la méthode de Brand dans toute sa rigueur, c'est-à-dire la balnéation de *tous* les typhoïdiques à la date la plus rapprochée possible du début de la maladie ; les cas les plus bénins au commencement pouvant devenir, à un moment donné, de la plus haute gravité, voire même mortels.

Du reste, ses expérimentations ont déjà commencé et lui ont donné 4 succès et 2 morts sur 6 observations. L'un des malades guéris est le seul chez lequel la balnéation ait été commencée dès le début ; il a pris trente-quatre bains en six jours et dès le douzième jour il entrait en convalescence. Les cinq autres malades n'ont pu être baignés pour la première fois que du septième au neuvième jour, c'est-à-dire alors que la fièvre typhoïde était déjà confirmée.

Les bains, d'une durée d'un quart d'heure, étaient administrés toutes les trois heures, jour et nuit. La sédation qui les a suivis a été des plus remarquables. Les deux malades qui ont succombé ont été emportés par une pneumonie. Il est vrai que l'un de ces

deux malades était, dès le début de l'affection, dans un état fort grave.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

VARÉLE.

DEUXIÈME CONGRÈS DE MÉDECINE DE WIESBADEN

Suite et fin. — Voir les numéros 20 et 21.

— Voici maintenant les principales communications qui ont été faites dans le cours des séances :

M. MOSSLER. *Sur la chirurgie des poumons.* — M. Mossler commence par dire qu'il a employé avec succès, chez un assez grand nombre de phthisiques, les cautérisations au fer rouge, pratiquées sur les régions de la peau qui correspondent au siège de la lésion pulmonaire, médication proposée déjà en 1830 par M. Guérin, et qui a été vantée naguère par M. Vidal (d'Hyères).

Il a expérimenté également, depuis dix ans déjà, les injections parenchymateuses d'acide phénique et de thymol poussées dans la plèvre et les poumons, dans des cas de phthisie, de kystes échynocoques, d'abcès, de gangrène pulmonaire : résultat thérapeutique nul.

Il a tenté ensuite l'aspiration du contenu putride des cavités bronchectasiques, avec injection consécutive de solutions médicamenteuses : les résultats obtenus n'ont pas été très satisfaisants.

Enfin il a eu recours à l'incision d'une tumeur échynococque du poumon, avec application du thermocautère et drainage consécutif ; le malade a guéri. Dans un autre cas pareil, la guérison a été obtenue au moyen de simples injections parenchymateuses d'acide phénique.

M. WYSSE (de Zurich) a exprimé le désir de voir le Congrès se prononcer contre ces tentatives hasardées de chirurgie du poumon. Sa proposition n'a pas trouvé d'écho.

— M. FLEISCHER (d'Erlangen). *Examen des crachats chez les brightiques.* — L'auteur a examiné les crachats dans quarante-cinq cas de maladie de Bright ; 38 fois il y a trouvé de l'urée en proportions minimes (0 gr. 3 à 0 gr. 4 dans les vingt-quatre heures).

— M. LEUBE (d'Erlangen). *Sur l'urémie.* — L'auteur a défendu la théorie qui considère l'urémie comme le fait d'une disproportion entre l'élimination et la production de certains principes excrémentitiels. Il vante l'emploi des diaphorétiques (enveloppements, pilocarpine) contre la forme aiguë, l'emploi de la digitale contre la forme chronique.

— M. PONFICK. *De l'hémoglobinurie et de ses conséquences.* — Dans les cas de transfusion, à la suite de brûlures, de gelures, sous l'influence de certains médicaments, il s'opère une dissolution d'un grand nombre de globules rouges ; ceux-ci se fragmentent et abandonnent au sérum leur matière colorante qui est éliminée par le foie et par la voie des reins. On observe en outre chez l'homme une albuminurie intermittente, dont la cause nous échappe. Le passage de l'hémoglobine à travers les reins est une cause d'altération de ces organes ; il en résulte une obstruction des canalicules par l'hémoglobine transsudée, qui peut entraîner la mort.

M. SCHUMACHER (d'Aix-la-Chapelle) a mentionné, à l'occasion de la communication de M. Ponfick, deux cas d'hémoglobinurie paroxystique qui, selon lui, s'étaient développés manifestement sous l'influence de la syphilis. A cela, M. Ponfick a répondu qu'il a vu l'hémoglobinurie se développer précisément à la suite de frictions mercurielles chez un syphilitique.

— M. PENZOLO. *Sur l'albuminurie.* — L'auteur a étudié l'influence que certaines substances exercent sur le développement de l'albuminurie : celle-ci se développait au bout de trois ou quatre mois chez des chiens auxquels on faisait prendre chaque jour 25 à 30 c. c. d'alcool méthylique ; au bout de trois ou quatre semaines, un chien auquel on faisait prendre chaque jour 200 c. c. d'alcool amylique succomba à une néphrite aiguë. Même résultat avec l'acide sclérotinique. L'usage quotidien et prolongé du poivre, des radis, du thé, engendra constamment de l'albuminurie chez les animaux. De même pour le sucre ; un chien qui en absorba 1,400 grammes dans le courant d'un mois a péri.

L'albuminurie expérimentale une fois développée, on parvenait à la restreindre en soumettant les animaux au jeûne et à l'usage exclusif du pain. L'administration du tannin, de l'acétate de soude et de potasse était sans influence sur l'albuminurie ; à hautes doses, l'acétate de potasse augmentait l'albuminurie ; la digitale, la pilocarpine, agissaient de même.

— M. JAKSH (de Vienne). *Nouvelles observations d'acétonurie et de diacétonurie.* — L'auteur a vu un malade, affecté d'un carcinôme, présenter, soixante-douze heures avant sa mort, tous les symptômes du coma diabétique. L'urine, à ce moment, ne renfermait pas de sucre, mais prenait une teinte rouge lorsqu'on la traitait par le perchlorure de fer. A l'autopsie, le contenu de la cavité cranienne répandait une odeur d'acétone très prononcée. A ce propos, M. Jacksh fait observer que l'acétonurie se rencontre fréquemment dans le cours de l'état fébrile sans avoir une signification pronostique grave, et qu'il faut distinguer l'acétonurie de la diacéturie ; dans ce dernier cas, l'urine renferme de l'acide diacétique, et on voit survenir cette forme de coma qui emporte beaucoup de diabétiques.

M. FRERICHS (de Berlin) fait remarquer qu'il importe de distinguer les cas où l'acétone est préformée dans l'urine, et ceux où l'acétone ne prend naissance qu'au contact de l'urine avec les réactifs.

— M. BRIEGER. *Sur les alcaloïdes cadavériques.* — L'auteur rappelle que de la neurine, substance absolument inoffensive, on peut extraire de la muscarine, et que du même coup prennent naissance une série d'alcaloïdes toxiques, qui tous sont des poisons convulsivants. Les peptones représentent le produit dont dérivent tous ces alcaloïdes. L'auteur en a présenté un nouveau, découvert et isolé par lui.

— M. RUMPF (de Bonn). *Influence des narcotiques sur la localisation des impressions tactiles.* — D'après M. Rumpf, à la suite des injections de morphine, il se développe une diminution de la sensibilité tactile, qui n'est pas plus prononcée au niveau de la piqûre qu'ailleurs. Avec l'alcool, on observe le même phénomène ; seulement l'anesthésie tactile est marquée surtout dans la moitié inférieure du corps. Le chanvre indien détermine une anesthésie tactile très marquée ; celle-ci fait défaut à la suite de l'administration du chloral.

— M. FINKLER (Bonn). *Traitement de la fièvre.* — Quand on soumet un animal qui a de la fièvre à des affusions froides, la calorification se trouve fortement activée ; si ensuite on pratique sur l'animal une affusion froide, sa température interne s'abaisse rapidement. Voilà un fait, et l'explication à en donner serait celle-ci. L'application du froid à la périphérie détermine une contraction des petits vaisseaux qui entrave l'afflux d'un sang refroidi vers les organes profonds ; au contraire, le contact de l'eau chaude avec les téguments produit le relâchement des vaisseaux ; par suite, une plus grande quantité de sang circule à la périphérie où s'opère la réfrigération de ce liquide. L'homme se comporterait, à ce point de vue, comme les animaux ; des expériences faites sur des typhoïdiques avec ce genre de réfrigération ont, au dire de M. Finkler, donné les meilleurs résultats.

— M. LEHR (Wiesbaden). *Sur l'action des bains électriques.* — L'auteur a fait sur lui-même un grand nombre d'expériences, desquelles il résulte que dans le bain électrique le corps humain se comporte comme un simple conducteur humide et qu'il est indifférent, au point de vue des effets produits, qu'il y ait peu ou beau-

coup d'eau, que l'eau soit chaude ou froide. Dans le bain galvanique, la peau se rubéfie et cette rubéfaction s'accompagne d'une sensation de bien-être; celle-ci fait défaut dans le bain faradique. Dans les deux cas, on voit survenir à la sortie du bain des palpitations, un ralentissement des mouvements respiratoires. L'énergie corporelle et intellectuelle est accrue ainsi que l'appétit.

L'élimination de l'urée, dans la période qui suit, augmente sensiblement, preuve que le mouvement restrictif est activé.

M. BINZ. *Sur quelques combinaisons nitrées agissant à la façon des narcotiques.* La communication de M. Binz a eu pour but de démontrer que le nitrite d'amyle, (la nitroglycérine, l'azotate de soude, qu'on a expérimentés dans ces derniers temps en thérapeutique à titre de narcotiques et d'analgésiants, se transforment dans nos tissus en oxyde d'azote, et que les effets narcotiques sont dus à l'oxygène naissant qui se dégage dans ces conditions.

E. RICKLIN.

FORMULAIRE

MIXTURES POUR FRICTIONS DANS LES CAS DE RHUMATISME MUSCULAIRE.

(VANLAIR.)

1o	Rec.	Savon animal..........	6 grammes.
		Ether acétique.........	30 —
		Camphre..............	4 —
		Huile volatile de thym...	0 — 40 centigr.

M. s. a.

Ou encore :

2o	Rec.	Alcoolature de racine d'aconit.	3 grammes.
		Axonge......................	10 —

Ajoutez :

Chloroforme.................	5 —
Hydrochlorate de morphine...	1 —

M. s. a.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

DE LA MANIE CHRONIQUE A FORME RÉMITTENTE, par le docteur SÉBASTIEN MABIT. — Octave Doin, éditeur, 1883.

Je ne crois pas dépasser les limites de la vérité en affirmant que la thèse du docteur Mabit est l'une des meilleures qui aient été écrites depuis longtemps en *aliénation mentale*. Elle est vraiment pleine d'intérêt et dénote une érudition et une expérience clinique qu'il n'est pas habituel de rencontrer dans un travail original.

Tout le monde sait qu'il est des aliénés dont la vie s'écoule dans une série d'accès de manie plus ou moins aigus, séparés entre eux par des intervalles irréguliers de calme ou de lucidité.

La plupart de ces malades sont considérés comme atteints de *manie intermittente*, et l'intervalle de retour à la raison compris entre deux de leurs accès est appelé *intermittence*.

C'est cette phase lucide dont M. Mabit a entrepris particulièrement l'étude, et, après une observation sagace et judicieuse des faits nombreux qu'il a eus sous les yeux, il en est arrivé à conclure que ce retour à la raison n'est, le plus souvent, qu'apparent, et qu'il s'agit là d'un état *pseudo-lucide* et non *lucide*, d'une *rémittence*, bien plutôt que d'une véritable *intermittence*. D'où le nom de *manie chronique à forme rémittente* sous lequel il décrit cette forme mentale.

S'il est relativement aisé de juger la manie lorsqu'elle se manifeste avec l'ensemble de ses caractères, on comprend combien il est difficile, délicat, d'apprécier exactement l'état d'un individu qui, revenu des ténèbres de la folie, touche presque à la raison et présente les apparences de l'état normal au point d'en imposer à tous les yeux. Il n'y a plus là, comme vestiges de l'accès passé et comme indice de l'accès futur, que des anomalies intellectuelles et morales si légères, des inégalités d'humeur et de caractère si peu accusées, que, véritablement, la constatation en est difficile, et qu'il faut une grande habitude doublée d'une certaine finesse d'analyse psychologique pour jeter la sonde dans cette intelligence à demi troublée et l'apprécier à sa juste valeur.

Et ce travail d'appréciation mentale devient plus délicat encore si l'on songe que dans cette comparaison à établir entre un état presque normal et l'état normal proprement dit l'élément capital de la comparaison, j'entends l'*étalon intellectuel*, fait complétement défaut. Qu'on suppose la nécessité de l'évaluation d'une surface quelconque en millimètres ou en demi-millimètres sans le secours de l'unité de mesure, avec les seules ressources de l'esprit, et l'on se rendra un compte à peu près exact de la difficulté du problème à résoudre, avec cette différence en plus qu'ici l'unité de mesure, le *phrénomètre*, n'existe même pas, et que l'état normal, psychiquement parlant, n'est le même pour aucun individu.

C'est donc un grand mérite, à mon avis, qu'a eu l'auteur en appelant l'attention sur les *pseudo-guérisons*, sur les *fausses intermittences* de la manie chronique. Depuis la publication de son travail, j'ai personnellement été à même de faire l'application de ses idées à la pratique, et j'ai pu constater en effet, d'après ses indications, plusieurs points intéressants qui m'eussent échappé, sans nul doute.

Il est fort difficile, on le comprend, de tracer de cet état de *rémittence* une description unique s'appliquant à tous les cas. Chaque malade présente évidemment des nuances particulières et, pour ainsi dire, sa note personnelle. Pourtant, on peut dire avec M. Mabit que cette phase *pseudo-lucide* est caractérisée d'habitude par un état d'apathie, d'indifférence, de concentration, par l'absence ou la perversion des sentiments affectifs, d'autres fois par des susceptibilités de caractère, des singularités d'habitudes, des instabilités d'idées et de volition, des impatiences, des inquiétudes : toutes modifications qui indiquent clairement que le sujet est encore malade, que le délire, sans cesser d'exister, cesse seulement de se manifester, et reste, pour ainsi dire, à l'état latent.

Apprécier un tel état, résoudre un tel problème, ne serait, en somme, qu'une subtilité clinique et l'occasion d'une satisfaction intime pour le psychologue, s'il n'aboutissait pas à un résultat pratique de quelque importance. Or, en fait, c'est d'une question primordiale qu'il s'agit.

Non seulement, en effet, cette constatation d'un état morbide se déguisant sous les dehors de la raison permet de conclure à la *non guérison* et à l'imminence d'une rechute qui reste suspendue sur la tête du malade, mais encore elle fournit des éléments d'enquête inappréciables aux médecins-experts et par suite aux magistrats, dans toutes les questions médico-légales qui peuvent être soulevées à l'occasion de ces périodes de rémittence.

Ce sont tous ces points que l'auteur a fait ressortir et que je

ne puis qu'indiquer à peine. J'en aurai assez dit si j'ai pu, dans ces quelques lignes, donner une idée de l'intérêt qui s'attache au sujet, et de l'excellente façon dont il a été traité.

Dr E. RÉGIS.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, MM. Armand Gautier, Gustave Bouchardat, Lutz, Polaillon et Delens, agrégés libres de la Faculté de médecine de Paris, sont rappelés à l'exercice pendant la durée du concours d'agrégation.

Par un second arrêté ministériel, M. de Seynes, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, est également rappelé à l'exercice jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883.

— Des concours pour la nomination : 1o De deux chefs de *clinique chirurgicale* titulaires et de deux chefs adjoints ;

2o De deux chefs de *clinique médicale* titulaires et de deux chefs adjoints ;

3o D'un chef de *clinique ophthalmologique* titulaire et un chef adjoint ;

4o D'un chef titulaire de *clinique des maladies du système nerveux* et un chef adjoint ;

S'ouvriront le 9 juillet prochain, à neuf heures du matin. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1883. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis au concours tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans le jour de l'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

***

UNE MANIFESTATION EN L'HONNEUR DE M. VILLEMIN. — Dans les nombreuses recherches expérimentales dont la tuberculose est actuellement l'objet, le nom de M. Villemin semble un peu oublié, et quelques confrères ont cru devoir le venger de cet injuste oubli en lui offrant un témoignage d'estime et de sympathie. Le samedi 26 mai, ils l'ont convié à un banquet où ont pris place une quarantaine de médecins appartenant à la Faculté, à l'Académie de médecine et au corps médico-chirurgical des hôpitaux. Nous nous associons de grand cœur à cette manifestation, qui est à la fois un acte de justice et de bonne confraternité dans lequel un sentiment patriotique des plus louables a eu aussi sa part. Nous aurions aimé même qu'on lui donnât un caractère général en multipliant sans distinction le nombre des souscripteurs ou des convives, et qu'elle devint ainsi l'expression sympathique, non d'un groupe, mais du corps médical tout entier. Du reste, que M. Villemin se rassure à ce sujet ; si les toasts portés dans la fête intime dont il a été le héros ont été applaudis par un petit nombre d'auditeurs, leur écho a retenti au loin et provoqué partout d'unanimes applaudissements.

***

EXAMEN DES MÉDECINS ET DES PHARMACIENS-MAJORS DE DEUXIÈME CLASSE. — Une circulaire du ministre de la guerre, adressée aux commandants de corps d'armée, en date du 24 mai dernier, détermine les conditions et le programme des épreuves auxquelles devront satisfaire les médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe pour passer au grade supérieur. On n'a pas oublié que cet examen est destiné à remplacer le concours d'admission des médecins-majors dans le service hospitalier, concours récemment abrogé par un décret présidentiel.

***

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — La première séance a eu lieu le 1er juin pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour celle de chimie et de physique. M. le professeur Vulpian, juge titulaire, a été remplacé, sur sa demande, par M. Laboulbène, juge suppléant.

Le sujet de la composition écrite a été :

1o Pour les candidats à l'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle : le Système lymphatique, anatomie et physiologie ;

2o Pour les candidats de la section de chimie et physique : le Poumon.

***

CONCOURS. — Un concours pour la nomination à deux places d'internes en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer s'ouvrira, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, lundi prochain 11 juin 1883. Le nombre des candidats qui se sont fait inscrire est de treize.

***

MÉDECINS DE L'ÉTAT CIVIL. — Par arrêté préfectoral en date du 5 juin 1883, sont nommés médecins de l'état civil du dix-huitième arrondissement de Paris : MM. les docteurs N. Landur pour la quatrième circonscription, E. de La Tour de Lorge pour la septième circonscription et F. Dubroca pour la sixième circonscription.

***

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — *Laboratoire d'anthropologie.* — M. le docteur L. Manouvrier, préparateur, commencera, le samedi 16 juin, une série de conférences sur l'étude du poids et du volume de l'encéphale et sur les rapports qui existent entre ces caractères et les fonctions cérébrales (les fonctions intellectuelles en particulier). Il exposera plus spécialement ses recherches sur cette question.

Ces conférences publiques auront lieu les mardis et les samedis, à quatre heures et demie, dans la salle des cours de l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Elles seront suivies d'exercices pratiques au laboratoire.

***

LYCÉES. — M. le docteur Veyrat, médecin-adjoint du lycée de Chambéry, est nommé médecin titulaire dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Carret, décédé.

***

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — Le prix annuel d'une valeur de 500 francs vient d'être décerné à M. le docteur Legendre, de Saint-Léger-sous-Beuvrey (Saône-et-Loire).

La question qui avait été mise au concours était : « Exposer dans des observations recueillies par l'auteur quelles ont été, dans ces dernières années, les affections prédominantes chez les enfants en bas âge, et quel a été le chiffre comparatif de la mortalité entre ceux qui sont élevés au sein et ceux qui sont élevés au biberon. »

***

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Bureau central.* — MM. Segond et Quénu ont été nommés chirurgiens du Bureau central à la suite d'un concours terminé le 24 mai.

***

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 21 mai 1883, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve, MM. Mosmann, Carret, Natu, Bitot, Cayla, Hanriot, Jourdain, Laconche, Marty, Aubry, Bessière, Jorry, Lesdos, Magnan.

— Le JOURNAL OFFICIEL contient un décret du 9 mai 1883 réglant la subordination et le pouvoir disciplinaire des officiers du corps de santé militaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1882-1883.

159. M. Petit. De la conception au cours de l'aménorrhée. — 160. M. Netter. Diagnostic précoce d'une forme de tuberculisation pulmonaire à début pleurétique. — 161. M. Rémy. Etude sur la tuberculose oculaire. — 162. M. Rendall. Etude sur l'albuminurie alimentaire. — 163. M. Geffroy. Etude sur les affections cutanées survenant dans le cours ou à la suite de la fièvre typhoïde. — 164. M. Chauveau. Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'enfance. — 165. M. Pluyaud. Etude des réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde. — 166. M. Chaussat. Traitement des ulcères calleux par les scarifications. — 167. M. Rabère. Essai sur la pathogénie des kystes séreux dits hydrocèles chez la femme.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 25 mai au jeudi 31 mai 1883.

Fièvre typhoïde 35. — Variole 16. — Rougeole 22. — Scarlatine 1. — Coqueluche 23. — Dipthérie, croup 49. — Dysenterie 2. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 72. — Phthisie pulmonaire 202. — Autres tuberculoses 12. — Autres affections générales 76. — Malformation et débilité des âges extrêmes 60. — Bronchite aiguë 43. — Pneumonie 93. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 59. — au sein et mixte 34. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 94. — de l'appareil circulatoire 59. — de l'appareil respiratoire 81. — de l'appareil digestif 40. — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 3. — Epuisement 6. — Causes non définies 0. — Morts violentes 46. — Causes non classées 4. — Total de la semaine : 1158 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Guérison de la Rage, réponse à M. H. Bouley, de l'Institut. Mémoire présente à l'Académie de médecine de Paris, par P.-I. Dartigues. — In-8 de 61 pages. — Prix : 1 fr. 50. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De l'Hystérie gastrique, par le docteur Deniau, ancien interne en médecine. — Un vol, in-8 de 190 pages. — Prix : 4 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon,

Essai sur les hématocèles cutérines intra-péritonéales, par le docteur M. Jousset, ancien interne des hôpitaux de Faris, in-8 de 176 pages. — Prix : 3 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Maladies de la moelle épinière; par le docteur Byrom-Bramwel, professeur de clinique médicale à l'école libre d'Edimbourg, ouvrage traduit de l'anglais sur la dernière édition, par MM G. Poupinel, interne des hôpitaux de Paris, et L.-H. Thoinot, interne des hôpitaux de Paris, avec 151 gravures sur bois ou chromo lithographiées intercalées dans le texte. — Prix : 14 fr. — Paris, librairie H. Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne.

De la tuberculose expérimentale, par le docteur M.-X. J. Schmitt, professeur agrégé. Brochure in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boul. St-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

54e année. 6e série. Tome V. N° 24 16 JUIN 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Paris, le 14 juin 1883.

Académie de médecine : SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

L'Académie de médecine a adopté, mardi dernier, la plupart des conclusions qui doivent servir de couronnement à la récente discussion sur la fièvre typhoïde, et qui avaient été débattues dans les dernières séances. Deux de ces conclusions ont été renvoyées à la commission compétente, sur la demande de M. Le Fort, qui propose d'y apporter des modifications d'une certaine importance.

M. Le Fort a essayé de faire partager à ses collègues ses idées, très arrêtées, sur deux des principales questions d'hygiène à l'ordre du jour. Adversaire résolu du système de vidanges connu sous la formule de *tout à l'égout*, M. Le Fort a mis, d'autre part, une grande ténacité à disculper les dépotoirs placés à l'entour de Paris des accusations qu'on fait peser sur ces établissements. C'est à tort, selon lui, qu'on les a incriminés dans le développement des épidémies de fièvre typhoïde, car les matières fécales y sont soumises à des manipulations qui assurent l'anéantissement des germes morbifiques. M. Le Fort n'admet même pas que les dépotoirs soient pour quelque chose dans les odeurs qui infectent les quartiers du centre de Paris pendant la saison chaude. C'est dans les égouts lavés par une quantité d'eau insuffisante, que prendraient naissance ces odeurs, comme aussi les émanations qui vont semer dans nos habitations les germes des maladies infectieuses, et il estime que cet état de choses ne pourra que s'aggraver le jour où les égouts serviront de réceptacle à tout le *caput mortuum* de la Capitale.

Non pas que M. Le Fort soit absolument hostile au système de vidanges du *tout à l'égout*, mais il soutient, avec de grandes apparences de raison, que le déversement des immondices dans les égouts, pour n'offrir aucun danger, doit être subordonné à ces deux conditions : pentes assez rapides pour rendre impossible la stagnation des matières; lavage surabondant des conduits. Or les inégalités du sol rendent la première condition irréalisable, et, pour ce qui concerne la seconde, Paris ne reçoit même pas, présentement, une quantité d'eau suffisante pour parer aux besoins les plus urgents lorsque la sécheresse diminue le débit des sources.

M. Le Fort a donc proposé à l'Académie d'émettre des vœux conformes aux idées qu'il a développées sur ces différents points, et la commission, saisie de cette proposition, paraît y être favorable en principe. Il est à craindre toutefois que ce supplément d'information ravive un débat qui a déjà trop duré.

E. R.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

APHASIE. — CÉCITÉ VERBALE.

L'aphasie est un syndrome complexe, d'une analyse fort délicate, et qui intéresse également le pathologiste, le physiologiste et le psychologue. Son étude présente de grandes difficultés, car le concours de la physiologie expérimentale est ici des plus restreints, et les faits cliniques se présentent rarement dans un état de simplicité qui permette de dégager et d'isoler les uns des autres les divers éléments du problème. Parfois cependant on rencontre de ces faits, et quand ils s'offrent à l'observation d'un homme instruit et compétent en neuropathologie, on peut dire que c'est une bonne fortune à la fois pour l'observateur et pour la science.

M. Charcot a eu récemment, dans son service de la Salpêtrière, une bonne fortune de ce genre en ce qui concerne l'une des formes les plus intéressantes de l'aphasie, celle qui est connue, depuis les travaux de M. Küssmaul, sous le nom de *cécité verbale*. Voici d'abord, dans ses traits principaux, l'observation du malade :

M. X..., âgé de trente-cinq ans, négociant, bien constitué, n'offrant dans ses antécédents rien de particulier, sauf une migraine qui remonte à quinze ans et revient trois ou quatre fois par mois, est pris subitement, dans une partie de chasse, au moment où il couche en joue un lapin, d'une hémiplégie droite ; il tombe et quelques minutes après perd connaissance. On le transporte chez lui, on le couche et, quand il se réveille le lendemain matin, il est complètement paralysé des deux membres du côté droit, bredouille en parlant, reconnaît les personnes et les choses, mais ne peut les nommer; il ne retrouve même pas le nom de sa femme. On n'a pu savoir s'il y a eu déviation de la bouche et de la langue; on n'a pas noté davantage de troubles de la sensibilité.

Les jours suivants, les symptômes de paralysie s'atténuent, le malade reprend peu à peu l'usage de ses membres; du supérieur d'abord, puis du membre inférieur. En même temps, la parole devient de plus en plus facile : le malade dit seulement de temps en temps un mot pour un autre. Mais un jour où il a écrit une lettre et où il la redemande pour la compléter, il ne peut se relire. Il lui est encore plus difficile de lire un imprimé.

La lettre en question, comparée à une autre antérieure de trois ans, ne diffère de celle-ci que par un léger changement

d'écriture et quelques fautes d'orthographe consistant surtout dans l'oubli des *s* et des *x*. .....

Quinze jours après l'accident, le malade a éprouvé, dans l'oreille droite, une douleur vive, lancinante, qui a duré deux jours, puis un sifflement constant, devenant plus intense quand on lui parle ou qu'il est sous le coup d'une émotion morale. M. Charcot n'attache aucune importance à ce symptôme, sur lequel nous reviendrons un peu plus loin.

Un phénomène plus important consiste dans une hémiopie latérale droite, dont le malade s'est aperçu en voulant jouer au billard; ne voyant que la moitié de la bille et la moitié du billard, il lui a été impossible d'engager la partie.

Au moment où le malade consulte M. Charcot, cinq mois environ après l'accident, il raconte son histoire sans le moindre embarras de parole; toute trace d'hémiplégie a disparu; il marque au dynamomètre 60 kil. à droite et 50 à gauche; il se tient aussi bien sur un pied que sur l'autre; il ne présente aucun trouble de la sensibilité, aucune modification dans les réflexes rotuliens; deux ordres de phénomènes seuls persistent : l'hémiopie latérale droite et l'impossibilité de lire.

Relativement au premier de ces phénomènes, l'examen ophthalmologique montre que l'hémiopie latérale est limitée par une ligne verticale passant par le point de fixation comme dans l'hémiopie dépendant d'une lésion de la bandelette optique; que l'acuité visuelle est normale dans l'étendue du champ libre; que la perception des couleurs est intacte.

Le malade a perdu le souvenir d'un certain nombre de substantifs et de noms propres, entre autres des noms des rues de Paris. Comme, d'un autre côté, il ne peut lire ces noms, il n'ose s'aventurer seul dans la ville. Il reconnaît d'ailleurs parfaitement les lieux par où il doit passer et les maisons où il doit s'arrêter. Il nomme tous les objets usuels qu'on lui présente. Il écrit son nom, son adresse, une série de phrases, une longue lettre même sans fautes notables d'orthographe, sans oubli de mots; mais il ne lit pas ses mots en écrivant; il écrit, dit-il, comme s'il avait les yeux fermés. Il lui est impossible, de prime abord, de se relire; pour déchiffrer un mot, il retrace une à une, du bout de son index de la main droite, les lettres qui composent ce mot. Les notions fournies par les mouvements que la main exécute dans l'acte d'écrire viennent ainsi seconder et contrôler les notions incomplètes, insuffisantes, fournies par la vision. La lecture des caractères imprimés est plus difficile que celle de l'écriture cursive, parce que le malade est moins exercé à les reproduire.

M. Charcot a utilisé, au point de vue thérapeutique, le concours important fourni par le sens musculaire : chaque jour le malade a eu un devoir de lecture pour lequel il s'est aidé de caractères tracés dans l'espace lui rappelant la signification des lettres. Les progrès qu'il a ainsi faits ont été relativement rapides : au début, le malade mettait 1 minute 43 secondes pour lire une ligne; après seize jours, il ne mettait que 27 secondes. Une électrisation du grand sympathique au cou a en pour effet de produire un léger mouvement rétrograde.

Pour bien apprécier l'importance des notions fournies dans la lecture des caractères écrits par les mouvements de la main qui les reproduit, comme on reproduit un dessin, on fait fermer les yeux au malade, et, communiquant à sa main des mouvements passifs, on lui fait écrire des mots; il les dit immédiatement.

Il est des lettres que le malade connaît peu ou mal; mais, s'il ne peut les déchiffrer quand elles sont isolées, il les écrit facilement quand elles font partie d'un mot. Il lit plus vite un mot qu'il connaît qu'un autre qui lui est inconnu. Il connaît les chiffres et fait des additions et des multiplications, à condition que l'opération ne soit pas compliquée.

Le malade a fait de notables progrès par l'exercice rappelé plus haut. En même temps, l'hémiopie tend à s'améliorer. Mais les notions de la vision sont encore insuffisantes pour l'intelligence d'un texte écrit; il a besoin de s'aider de celles que lui fournissent les mouvements nécessités par la reproduction graphique de ce texte.

Les faits de cécité verbale aussi nets, aussi dégagés de toute complication, sont assez rares. A une époque où l'analyse des fonctions cérébrales était moins avancée qu'elle ne l'est de nos jours, de pareils cas passaient inaperçus ou étaient l'objet d'une simple mention. C'est ainsi que Gendrin, dans son Traité de médecine pratique, écrit : « Il y a des malades qui sont dans l'impossibilité de lire, mais qui peuvent écrire par une sorte de souvenir des mouvements ces doigts nécessaires pour retracer les mots; les mots une fois tracés par le malade, il est dans l'impossibilité de les reconnaître. »

On trouve de même, dans les leçons cliniques de Trousseau, et dans le discours qu'il prononça à l'Académie de médecine, lors de la mémorable discussion sur l'aphasie, la relation de deux observations qui se rapprochent de celle qui précède, et où la cécité verbale est nettement indiquée.

Mais il faut arriver à M. Kussmaul pour voir décrire et analyser ce symptôme comme une forme, une variété distincte de l'aphasie. On connaît la classification des troubles de la parole établie par l'auteur allemand; la psychologie y prend une part non moins large que la clinique; aussi ses idées ont-elles d'abord été accueillies en France avec quelques réserves. M. Magnan, en 1880, a repris la question en la soumettant au contrôle rigoureux de l'observation clinique; c'est de ses leçons que s'est inspirée l'année suivante son élève, Mlle Nadine Skwortzoff, qui a réuni dans sa thèse inaugurale, extrêmement intéressante, les documents les plus récents et les plus importants sur les différentes formes de l'aphasie, en particulier la cécité et la surdité des mots.

Le travail de M. Kussmaul en 1876 contenait quatre cas de cécité des mots. La thèse de Mlle Skwortzoff en renferme cinq dus à MM. Magnan, Maurice Valentin, Dejerine et à l'auteur de la thèse, sans compter un certain nombre d'autres faits empruntés à différents recueils et décrits comme des formes singulières de troubles intellectuels. Enfin depuis cette thèse quatre observations nouvelles ont été publiées. Dans trois de ces différentes observations, l'autopsie a permis à l'anatomie pathologique d'éclairer et de contrôler la symptomatologie. C'est avec ces éléments, joints à une fine analyse des symptômes offerts par son malade, que M. Charcot a établi devant ses auditeurs le siège anatomique et la physiologie pathologique de la cécité verbale.

La lésion centrale rencontrée dans les observations où l'autopsie a été faite, a pour siège le lobule pariétal inférieur et le pli courbe, région alimentée, comme on le sait, par une branche de la sylvienne.

Dans le plus grand nombre des cas de cécité verbale, le malade est frappé d'hémiplégie et d'aphasie. Au bout d'un temps variable, la paralysie se dissipe, les troubles du langage disparaissent, tout semble aller pour le mieux, quand le malade s'aperçoit qu'il ne peut plus lire. La vue des caractères écrits ne réveille en lui aucun souvenir des noms ou des

idées qu'ils expriment. Dans ces cas on doit admettre que, par suite d'une cause quelconque, thrombose, embolie, etc., le tronc de la sylvienne est oblitéré. Puis la circulation, soit par la voie directe, soit par la voie collatérale, se rétablit dans certaines parties du territoire de cette artère : dans la troisième circonvolution frontale, d'où disparition de la logoplégie; dans la frontale et la pariétale ascendantes, d'où disparition de l'hémiplégie ; mais la branche qui se rend au lobule pariétal inférieur et au pli courbe reste imperméable ; la circulation collatérale tarde à se rétablir, et la cécité verbale persiste.

Dans d'autres circonstances, la cécité des mots débute brusquement, sans hémiplégie et sans aphasie. C'est que la circulation n'est gênée ou empêchée que dans la branche de la sylvienne destinée au lobule pariétal inférieur et au pli courbe.

Cette région est aussi le siége de l'hémiopie cérébrale et, de fait, des rapports assez étroits semblent exister entre cette hémiopie et la cécité verbale. Ces rapports, passés sans doute fréquemment inaperçus, car l'hémiopie et la cécité verbale sont parfois incomplètes, ressortent très nettement de l'observation du malade de M. Charcot et d'un autre fait publié par M. Westphal. A ce sujet, M. Charcot émet une hypothèse ingénieuse sur l'un des modes pathogéniques de la cécité verbale.

On sait que l'hémiopie constitue avec le scotome scintillant, une aphasie temporaire plus ou moins complète, des fourmillements de la main, etc., les symptômes principaux de la migraine ophthalmique. D'après M. Latham, ces symptômes seraient dus à un spasme des vaisseaux émanés de la sylvienne. Or, on peut admettre que le spasme, en se répétant, entraîne à la longue des lésions organiques, artérite, athérome, thrombose, et que les troubles fonctionnels deviennent ainsi permanents. Dans cette hypothèse, la migraine ophthalmique aboutirait parfois aux lésions du lobule pariétal inférieur qui entraînent l'hémiopie définitive et la cécité verbale.

Appliquant les données qui précèdent à son malade, M. Charcot examine et discute la question du diagnostic.

Si ce malade a eu autrefois des symptômes de migraine, il n'a jamais présenté ceux de la migraine ophthalmique et par conséquent l'hypothèse dont il vient d'être parlé ne peut lui être appliquée.

Son âge et sa tempérance habituelle éloignent l'idée d'athérome et de thrombose ; l'absence de lésions du cœur et du système vasculaire celle d'embolie.

Il est probable, en raison de l'amélioration croissante du malade que, sous l'influence d'une cause difficile à nettement préciser, la circulation a été simplement gênée, amoindrie dans le territoire de la sylvienne et que les éléments de cette partie de l'écorce cérébrale ont été ainsi en souffrance sans subir une altération irrémédiable. Le pronostic dans ce cas est donc favorable.

Avant de terminer cette rapide analyse nous reviendrons, comme nous l'avons dit, sur les symptômes présentés par le malade de M. Charcot du côté de l'oreille, douleur vive, lancinante, sifflement devenant plus intense quand on parlait au malade ou qu'il était sous l'influence d'une impression morale. Nous n'attachons pas plus d'importance que M. Charcot à ces symptômes dans le cas en question ; nous voulons simplement rapprocher de ce cas celui d'un malade que nous observons en ce moment.

Il s'agit d'un monsieur, âgé de 45 ans, atteint anciennement d'une syphilis qui paraît étrangère aux symptômes qu'il éprouve depuis cinq ans et qui peuvent se résumer ainsi : au début douleurs sus-orbitaires survenant pendant le travail (le malade est employé dans une maison de banque) et exigeant le repos. Plus tard douleurs névralgiques à la nuque, se manifestant le matin au réveil, se dissipant généralement au bout d'une heure, accompagnées parfois de légers vertiges. Phénomènes dyspeptiques.

Il y a quelques mois la névralgie occipitale a pris plus d'intensité. Les douleurs, partant de la nuque, s'irradient derrière les oreilles et s'étendent jusqu'à la région frontale. Elles se reproduisent tous les matins au réveil, ont amené parfois des vomissements et rendent assez souvent tout travail impossible. La mère du malade a éprouvé les mêmes douleurs que lui. Il est sujet en outre, au retour du printemps, à des accès d'asthme de foin.

Dès le début de la maladie M. X... a éprouvé un peu de surdité, mais il ne s'en est pas préoccupé autrement, l'attribuant à l'intensité des douleurs ; et, de fait, la dureté de l'ouïe était variable, augmentant ou diminuant avec les douleurs.

Le 5 février dernier, ces douleurs acquièrent une acuité inaccoutumée ; le malade entend des bruits violents qu'il compare à des machines fonctionnant à la fois, à des milliers d'oiseaux formant un concert peu harmonique. Il ressent comme un cercle de fer qui lui comprime le cervelet et, suivant ses propres expressions, comme un brisement des os de la tête En même temps il lui devient complètement impossible de parler et d'écrire ; cette aphasie et cette agraphie durent depuis cinq heures du matin jusqu'au soir et disparaissent ainsi que la plupart des autres symptômes. Il reste au malade une grande prostration.

Cet accès passager d'aphasie aurait eu un précédent il y a quelques années. Un jour, en rentrant à son bureau après déjeuner, le malade ressentit une impression qu'il compare à un coup de soleil et s'aperçut qu'il ne pouvait plus articuler un mot. Il continua son chemin. Le malaise et l'aphasie ne durèrent que quelques instants.

A part la fatigue de la vue qui résulte de la propagation de la douleur à la région frontale, le malade ne ressent aucun trouble visuel digne d'être noté : pas d'hémiopie, pas de scotome. Aucune lésion d'ailleurs de la sensibilité ni de la motilité ; conservation des réflexes tendineux.

La surdité est devenue à peu près complète du côté de l'oreille gauche, qui serait le siège de lésions irrémédiables. L'oreille droite perçoit plus ou moins bien les sons, suivant l'intensité des douleurs. Les bruits persistent toujours, mais à des degrés divers répondant également aux variations des douleurs. Celles-ci, outre leur réveil habituel du matin, s'exaspèrent sous l'influence de la marche, d'un mouvement, d'un effort, d'une émotion quelconque.

Ce qui nous paraît devoir fixer l'attention dans ce fait, c'est la concomitance des trois ordres de symptômes suivants : névralgie occipitale sans aucun signe marqué de migraine ophthalmique, aphasie passagère, symptômes auriculaires (douleur, bruits analogues à ceux ressentis par le malade de M. Charcot). Il va sans dire que nous rapportons ce cas à titre de simple document, sans vouloir en rien conclure.

L'étude des différentes formes d'aphasie, amnésie verbale, logoplégie, cécité verbale, surdité des mots, agraphie, conduit naturellement à l'examen de questions importantes de phy-

siologie et de psychologie. M. Charcot a dû aborder cette partie difficile de son sujet. Nous aurons peut-être occasion d'y revenir prochainement.

Dr F. DE RANSE.

HYGIÈNE PUBLIQUE

RAPPORT DE M. LAGNEAU AU CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ SUR LES MALADIES ÉPIDÉMIQUES DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE, DURANT L'ANNÉE 1881 (1).

Les documents concernant les maladies épidémiques, contagieuses et virulentes observées, durant l'année 1881, dans le département de la Seine, sont très insuffisants. La plupart des médecins négligent d'indiquer les malades de leur clientèle atteints de ces affections. Aussi les renseignements sur la morbidité restent-ils presque nuls. Ceux relatifs à la mortalité, enregistrés lors des déclarations de décès, étant moins imparfaits, je m'en servirai pour étudier la répartition des décédés suivant les saisons et suivant les arrondissements.

Avant de procéder à cette étude de la mortalité épidémique, seule étude que permette la pénurie des informations, je dois cependant signaler trois rapports sur les maladies épidémiques de trois des 22 arrondissements qui composent notre département. Ces rapports concernent le IIme arrondissement de Paris et les arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis. Ils sont dus à MM. les Drs Martellière, Du Mesnil et Le Roy des Barres.

Durant l'année 1881, le département de la Seine, qui comporte 2,799,329 habitants, en a vu succomber par :

Diphthérie	2.690
Fièvre typhoïde	2.315
Variole	1.182
Rougeole	1.009
Choléra et diarrhée cholériforme	860
Coqueluche	549
Scarlatine	463

Les nombres relatifs aux affections puerpérales, 109; à la rage, 14; au charbon et à la pustule maligne, 5, sont évidemment inférieurs à la réalité. En effet, les affections puerpérales n'ont été notées que dans les hôpitaux. Quant aux personnes mortes de la rage et de la pustule maligne, les faibles nombres relatés ne tiennent certainement qu'à des omissions regrettables, qu'à l'indication erronée des maladies de ces décédés ; car, en particulier, pour les décès par rage, le Conseil a reçu communication d'un bien plus grand nombre : de 23 cas.

Parmi les maladies épidémiques, la diphthérie est celle qui a déterminé le plus grand nombre de décès, plus que la fièvre typhoïde. Cette dernière a fait succomber deux fois plus de personnes que la variole, dont la mortalité n'a été que de peu supérieure à celle de la rougeole.

. . . .

Si l'on rapproche des décès de tout le département, les décès de Paris, ceux des hôpitaux civils et des hôpitaux militaires, on peut remarquer que les deux arrondissements *extra muros* (Sceaux et Saint-Denis), dont la population est approximativement le cinquième de la population totale du département, présentent, pour la plupart des maladies épidémiques, une mortalité proportionnelle à celle des arrondissements de Paris, sauf pour les affections cholériformes, qui paraissent y déterminer un plus grand nombre de décès.

Décédés en 1881.

Causes	Départ. de la Seine	Paris en général	Hôpitaux civils	Hôpitaux militaires
Fièvre typhoïde	2315	1893	778	160
Variole	1182	961	454	»
Rougeole	1009	832	225	4
Scarlatine	463	386	48	1
Coqueluche	549	443	12	»
Diphtérie	2690	2218	1025	»
Dysentérie, diarrhée cholériforme, choléra	860	476	28	»

La comparaison des décédés dans le département et des décédés dans les hôpitaux civils montre que, sur 2,690 diphthéritiques décédés, 1,025, deux cinquièmes, sont morts hospitalisés ; que sur 2,315 typhiques décédés et sur 1,182 varioleux décédés, un tiers environ succombe dans les hôpitaux. Ces proportions sont considérables, car la proportion des habitants ayant recours à l'hôpital quand ils sont malades ne représente vraisemblablement pas les deux cinquièmes ou le tiers de la population totale du département. Cette proportion considérable des décès par diphthérie, par fièvre typhoïde et par variole à l'hôpital est peut-être attribuable, ainsi que je l'ai montré dans mes précédents rapports sur les maladies épidémiques, à la nocuité spéciale du milieu nosocomial, peut-être aussi à l'état plus grave des malades se décidant à aller à l'hôpital.

En comparant les décès diphthéritiques et typhiques dans les hôpitaux en 1879, 1880 et 1881, on constate qu'ils sont de plus en plus nombreux. De 854 en 1879, les décès diphthéritiques se sont élevés à 920 en 1880 et à 1,025 en 1881, augmentation d'un cinquième. De 356 en 1879, les décès typhiques se sont élevés à 653 en 1880 et à 778 en 1881, augmentation de plus du double. Les décès par rougeole sont également devenus beaucoup plus nombreux ; de 152 ils se sont successivement élevés à 202 et 225.

Quant aux décès par maladies épidémiques dans les hôpitaux militaires, quoique moins nombreux en 1881 qu'en 1880, ils semblent témoigner encore des conditions insalubres de certaines casernes. Au lieu de 312 décès de militaires déterminés par la fièvre typhoïde, on n'en compte en 1881 que 160, la moitié moins. Mais, sur ces 160 décès, ainsi que le remarque M. Du Mesnil, 50 enregistrés à Saint-Mandé sont des soldats morts à Vincennes, nombre supérieur à celui de 30 décès lors de l'épidémie qui, en 1880, atteignit près de 200 hommes. Cependant, ainsi que l'observe M. Weber, médecin en chef de l'hôpital militaire, il n'y a pas eu, en 1881, de véritable épidémie typhique. Pareillement, sur les 160 décédés de l'année 1881, 36 typhiques proviennent de la caserne Dupleix et de l'Ecole militaire, qui, durant cette année, a envoyé à l'hôpital du Gros-Caillou 210 militaires atteints de fièvre typhoïde.

(1) Ce rapport a été approuvé par le Conseil d'hygiène dans sa séance du 12 février 1883.

Depuis le temps que les médecins militaires signalent les conditions défectueuses de ces casernes, comment ne parvient-on pas à en modifier les dispositions intérieures, chambrées, latrines, égouts? Comment ne parvient-on pas à les désinfecter et à les désencombrer en y plaçant de moins nombreux soldats? D'ailleurs, les conditions hygiéniques laissent généralement à désirer dans le VIIe arrondissement, où se trouvent ces dernières casernes, car cet arrondissement est celui qui, proportionnellement, présente le plus de décès typhiques. Il en enregistre 154 sur 83,327 habitants, nombre qui n'est dépassé que dans les Xe, XIe et XVIIIe arrondissements, qui comptent 165, 166, 167 décès typhiques, mais sont environ deux fois plus peuplés, ont 209,246, — 159,809 et 178,836 habitants.

Pour pouvoir apprécier exactement la morbidité et la mortalité par la fièvre typhoïde de nos soldats, ainsi que l'a fait observer M. Léon Colin, il importerait de rechercher comparativement la morbidité et la mortalité par fièvre typhoïde des jeunes civils, dans les mêmes conditions d'âge et de récente immigration, c'est-à-dire dans les mêmes conditions de réceptivité morbide.

Pour la diphthérie, ce sont les XVe et XIe arrondissements qui présentent proportionnellement le plus de décès. Le XVe en compte 182 pour une population de 100,679 habitants; le XIe en compte 226 pour une population de 209,246 habitants. La mortalité diphtéritique considérable du XVe arrondissement peut-elle être en partie attribuée aux petits malades transportés à l'hôpital des Enfants de la rue de Sèvres ?

Si maintenant on compare les nombres des malades de chacun des 22 arrondissements du département de la Seine soignés dans les hôpitaux pour des affections épidémiques, on voit que sur 9,500 malades, le XIe arrondissement qui, il est vrai, compte le plus d'habitants, a envoyé aux hôpitaux près d'un neuvième des malades : 1,032, dont 403 typhiques et 339 varioleux. Il en était déjà ainsi les années précédentes. Le XIVe arrondissement, qui n'a que 91,713 habitants, a envoyé aux hôpitaux beaucoup de diphtéritiques et de rubéoleux, 208 des premiers et 283 des seconds. Déjà, en 1879 et 1880, il s'était fait remarquer par le grand nombre de rubéoleux soignés dans les hôpitaux.

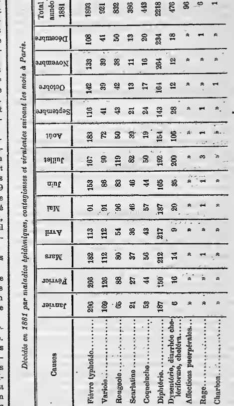
Quelle a été l'influence des saisons sur la fréquence de ces diverses maladies épidémiques?

« Chaque année, dit M. Besnier, l'épidémie permanente de diphtérie atteint le point le plus déclive de sa courbe dans le troisième trimestre, se relève durant le quatrième, atteint un paroxyme durant le premier et décline de nouveau durant le second. »

En 1881, à Paris, les mois où cette terrible affection a déterminé le plus de décès ont été décembre, mars et novembre. Dans l'arrondissement de Saint-Denis, selon M. Le Roy des Barres, décembre et janvier ont été les mois de grande mortalité diphtéritique. Enfin, dans l'arrondissement de Sceaux, les recherches de M. Du Mesnil viennent à l'appui de la loi indiquée par M. Besnier, en montrant que cette grave maladie est à son maximum de fréquence en février, à son minimum en août. « Cette affection, dit ce confrère, sévit pendant les mois froids et humides. » Aussi, comparant la fréquence de la diarrhée chölériforme, affection principalement estivale, arrive-t-il à conclure « que dans les mêmes circonstances météorologiques ces deux affections éprouvent des oscillations en sens diamétralement opposé. »

Les décès par fièvre typhoïde ont surtout été nombreux en janvier et février. « Dans nos garnisons de Paris et de province, dit M. le docteur Léon Dufour, médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, l'endémo-épidémie de fièvre typhoïde commence ordinairement en décembre et se prolonge jusqu'en mars. »

La variole, affection à « exacerbation hivernale régulière », selon la remarque de M. Besnier, a en effet déterminé les décès les plus nombreux de janvier à avril. Contrairement, la rougeole a déterminé la proportion considérable de 119 décès en juillet. Dans l'arrondissement de Saint-Denis, elle a été surtout fréquente en avril. En ce seul mois, 21 décès ont été enregistrés à Levallois-Perret.



Décédés en 1881 par maladies épidémiques, contagieuses et virulentes suivant les mois à Paris.

Causes	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total année 1881
Fièvre typhoïde	296	266	182	113	01	153	167	183	116	142	133	108	1803
Variole	169	126	112	112	91	86	90	72	41	39	39	41	921
Rougeole	65	88	80	54	96	83	119	50	43	42	38	50	832
Scarlatine	21	27	37	36	46	46	82	39	21	13	11	13	386
Coqueluche	53	44	56	43	57	44	50	19	24	17	16	20	443
Diphtérie	187	159	212	217	187	165	192	154	143	164	264	234	2218
Dysentérie, diarrhée chlériforme, choléra	6	16	14	9	20	35	200	106	28	12	12	18	476
Affections puerpérales	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	96
Rage	»	»	1	»	1	1	3	1	1	»	»	1	6
Charbon	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1

En terminant cet exposé des maladies épidémiques ayant sévi dans le département de la Seine en 1881, exposé dans lequel, vu l'insuffisance des documents, j'ai dû presque exclusivement me horner à faire quelques remarques sur la fréquence

des décès épidémiques, sur leur répartition territoriale et saisonnière, je rappellerai encore les intéressants rapports de MM. les docteurs Martellière, Du Mesnil et Le Roy des Barres.

. . . .

Lorsqu'on voit que sur 22 arrondissements composant le département de la Seine, 3 seulement ont été l'objet de rapports également importants, quoique pas entièrement comparables, et que quelques minimes documents ont seuls été recueillis sur les 19 autres arrondissements, on regrette qu'un même cadre ou questionnaire de statistique démographique et pathologique ne soit pas adressé à toutes les commissions d'hygiène de France, afin de donner aux documents recueillis par elles une uniformité qui permette de les rendre parfaitement comparables.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 mai 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ALCOOLISME CHRONIQUE. — Mémoire de MM. DUJARDIN-BEAUMETZ et AUDIGÉ, présenté par M. Bouley.

Voici les résultats que ces nouvelles recherches ont fournis à MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé :

Les alcools administrés d'une façon lente et continue déterminent, pendant la vie, des troubles divers. Du côté de l'appareil digestif, ce sont des vomissements de bile et de matières glaireuses et des diarrhées plus ou moins abondantes et qui deviennent quelquefois sanguinolentes. Il faut noter, d'autre part, de la gêne de la respiration, des tremblements musculaires et enfin de la faiblesse et même de la parésie du train postérieur. Quant aux lésions cadavériques, elles consistent en des congestions du tube digestif qui peuvent aller quelquefois jusqu'à l'hémorrhagie ; en des congestions et des inflammations du foie qui n'aboutissent pas cependant à la cirrhose de cet organe ; en des hypérémies très nettes et très intenses du côté des poumons et, enfin, en des athéromes des gros vaisseaux et en particulier de l'aorte.

Il faut remarquer aussi que l'intoxication alcoolique, sans être un obstacle à l'engraissement, a favorisé la production d'hémorrhagies dans le tissu cellulaire et dans l'épaisseur des muscles. Ces hémorrhagies ont même rendu impossible la vente de la viande des porcs, qui a été saisie par les inspecteurs de la boucherie, bien qu'elle eut conservé, comme M. Decroix a pu s'en assurer, ses qualités nutritives et son goût habituel.

L'absinthe, et surtout l'essence d'absinthe, ont, contrairement aux alcools, produit des phénomènes d'excitation. S'il n'a pas été permis de constater chez les animaux intoxiqués par ces substances quelque chose de comparable à l'épilepsie, on a pu observer toutefois des contractures et de l'hyperesthésie cutanée.

Enfin, et le fait mérite d'être signalé puisqu'il vient confirmer les premières recherches de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé : pour les alcools les symptômes et les désordres anatomiques indiqués tout à l'heure ont été d'autant plus accusés que l'alcool en question était plus éloigné de son degré de pureté. Les alcools non rectifiés de grains, de betteraves et de pommes de terre sont, en effet, ceux qui ont déterminé, toutes choses égales d'ailleurs, le plus d'accidents, tandis que l'alcool éthylique et l'alcool de pommes de terre, dix fois rectifié, n'en ont produit que fort peu. C'est ainsi que, au bout de près de trois années d'expérimentation, deux porcs soumis aux flegmes succombaient à l'alcoolisme, tandis que les autres paraissaient résister encore, à cette époque, à l'intoxication.

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 12 juin 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE. — M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Lunier dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale, en remplacement de M. Hillairet, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Lunier prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend des lettres de candidature : 1° De M. de Saint-Germain pour la section de pathologie chirurgicale ; 2° De MM. Dumontpallier et Hayem pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale ; 3° De M. Foville pour la section des associés libres ; 4° De M. Moracbe (de Bordeaux) pour le titre de membre correspondant.

TRAVAUX PRÉSENTÉS. — *Phénomènes nerveux, intellectuels et moraux, leur transmission par contagion*, par M. Rambosson, lauréat de l'Institut. — *Du diabète, sa nature, son traitement*, par M. le docteur Rousselat-Beaulieu. — *Propriétés médicales et hygiéniques du cidre ; la maladie de la pierre en Basse-Normandie*, par M. le docteur Denis-Dumont (de Caen). — *Traité de la vaccine et de la vaccination*, par M. le docteur Warlomont.

— M. A. GAUTIER, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical.

— M. le docteur DEMONS (de Bordeaux), lit un travail intitulé : *Extirpation totale de l'utérus par le vagin*, et présente des pièces pathologiques à l'appui.

L'auteur rappelle d'abord que cette opération pratiquée pour la première fois par Récamier, en 1829, a été reprise à l'étranger, en 1879, par M. Garny d'Heidelberg, puis par des chirurgiens allemands, italiens, américains, anglais, avec des résultats vraiment encourageants.

C'est ainsi que le professeur Calderini aurait obtenu 40 guérisons sur un total de 62 opérations, et M. Schroëder (de Berlin) 8 guérisons sur 9 cas.

D'après ces précédents, M. Demons s'est décidé, au mois de décembre 1882, à pratiquer l'extirpation totale de l'utérus par le vagin sur une femme de 30 ans, atteinte d'un épithélioma du col, ayant envahi la partie inférieure du corps de cet organe. Malgré une péritonite survenue le sixième jour, cette malade a guéri. Le vagin n'avait été ni suturé, ni drainé.

M. le docteur Dudon, également chirurgien à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, pratiqua la même opération, le 6 janvier 1883, dans un cas analogue. Sur le conseil de M. Demons, il sutura le vagin et draina la plaie. La malade a guéri sans accident.

Le 22 février, M. Maudillont opéra de même une femme épuisée par des hémorrhagies. La guérison fut simple et facile. Enfin, tout récemment, M. Dudon perdit de péritonite aiguë une femme opérée par lui, sans sutures vaginales, ni drain.

De ces quatre faits, dont trois sont des succès complets, M. Demons déduit les conclusions suivantes : l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, complètement rejetée en France, mérite sans doute un meilleur accueil.

Elle est moins grave que l'extirpation par la voie abdominale.

Cette opération ne doit être faite que dans les cas déterminés où l'ablation complète du mal sera possible et où en même temps toute action limitée au col serait insuffisante.

Cette opération n'est pas très difficile si l'on suit certaines règles très simples : la suture du vagin, le drainage et les injections antiseptiques paraissent constituer le meilleur pansement.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Alphonse Guérin, Gosselin et Duplay, rapporteur.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. LÉON COLIN (du Val-de-Grâce) regrette de n'avoir pu assister à la dernière séance de la commission; il y aurait proposé et il propose encore à l'Académie d'ajouter la conclusion suivante à celles que la Commission a présentées : « Réduire dans la mesure du possible le mouvement d'immigration des jeunes gens de province. »

En effet, parmi les causes qui aggravent les épidémies, si elles ne les produisent pas, il faut mettre en première ligne l'arrivée de personnes non acclimatées dans les lieux où les épidémies sévissent. On a vu ainsi une caravane d'Esquimaux être entièrement anéantie par la variole pour avoir été soudainement transportée d'un pays indemne dans un pays infecté.

En ce qui touche particulièrement la fièvre typhoïde, M. Joseph Bertillon a établi que, par l'ensemble des décès par fièvre typhoïde dans la capitale, il y en a plus qui se rapportent à des individus nés hors de Paris qu'à des individus nés dans cette ville.

C'est une preuve de plus à l'appui de l'importance étiologique de la condition de nouveau venu.

M. JULES ROCHARD : Messieurs, si je prends la parole pour la quatrième fois dans cette discussion, ce n'est pas pour prolonger le débat, c'est pour le clore.

Tout a été dit de part et d'autre, et j'estime, pour ma part, que les meilleurs arguments perdent à être répétés. Je ne répondrai donc pas à M. Blot ni à M. Fauvel; je me bornerai à leur affirmer de nouveau que jamais la pensée ne m'est venue de leur adresser une parole désobligeante, de suspecter leur bonne foi, ou de contester leur compétence. Quant aux froissements que j'aurai pu subir moi-même, dans le cours de la discussion, je trouve ma personne si peu de chose en face de l'importante question qui nous occupe, que je n'y songe même pas.

Du reste, il n'est plus question de tout cela. L'heure de la discussion est passée, le moment du vote est venu. Il ne s'agit même pas de savoir si nous devons soumettre ou non des conclusions au ministre; l'Académie s'est formellement prononcée sur ce point lorsqu'elle a nommé la commission. Ce qui est en cause aujourd'hui, c'est la forme à donner à ces conclusions. Vous avez à opter entre celles de M. Fauvel et les miennes. Je ne tiens pas à ma rédaction; mais elle a été adoptée par la commission, qui l'a faite sienne; elle a été défendue à la tribune par MM. Marjolin et Lagneau; elle rend bien notre pensée; nous n'avons donc pas de raisons pour l'abandonner.

On nous reproche de chercher à frapper fort, au lieu de viser à frapper juste, de vouloir faire la leçon au gouvernement; on parle de voies nouvelles, hardies, dans lesquelles je voudrais vous entraîner. Eh! messieurs, vous allez, dans un instant, entendre de nouveau la lecture de ces conclusions et vous verrez qu'elles sont pleines de déférence dans la forme, de réserve et de modération dans le fond. M. Colin, qui les a adoptées, voudrait qu'on y ajoutât une proposition relative aux jeunes ouvriers qui viennent chaque année de la province demander du travail à Paris; il voudrait que nous émissions le vœu qu'on diminuât cette immigration dans la mesure du possible. Je m'associe complètement à ces désirs; nous avons signalé le mal avec une énergie qui a paru excessive à nos contradicteurs : mais, quant aux moyens d'y remédier, j'avoue que je ne les entrevois pas. Il est impossible, sans porter atteinte à la liberté individuelle, d'empêcher les jeunes gens de venir chercher à Paris du travail ou du plaisir; on ne peut que leur montrer ce qu'il en coûte. L'État ne saurait, sans porter atteinte au droit de propriété, limiter le pouvoir qu'ont les capitalistes d'abattre de vieux quartiers pour en construire de neufs. Cette impulsion s'arrêtera bientôt d'elle-même, parce que l'offre dépasse de beaucoup la demande; mais l'État n'y peut absolument rien. Du reste, la commission, dont M. Colin fait lui-même partie, examinera sa proposition avec toute l'attention qu'elle mérite et avec le vif désir de lui trouver une formule. Il en sera de même des changements de rédaction qui pourront être demandés, lorsque l'Académie passera à l'examen de chacune des conclusions en particulier.

Pour le moment, il ne s'agit que de clore le débat et de lui donner une sanction générale, en passant à la discussion des articles. Le corps médical attend votre décision avec impatience. Il connaît nos conclusions; il les approuve et les escompte déjà. L'autorité y est sympathique et les a devancées. On a fermé certaines usines insalubres, telles que celle de Nanterre et celle des Hautes-Bornes; on en a éloigné d'autres. Une loi destinée à remplacer celle du 13 avril 1850, sur les logements insalubres, a été proposée à la Chambre des députés par M. Martin Nadaud, et le rapport est déjà fait. Enfin M. le préfet de police a demandé au Conseil municipal et en a obtenu les crédits nécessaires pour établir une inspection permanente des logements garnis, lesquels sont dans ses attributions. N'aurions-nous obtenu que cette dernière création que ce serait déjà quelque chose. Pour ma part, la pensée que j'ai pu contribuer à assainir ces affreux garnis, à faire pénétrer un peu plus d'air, d'eau, de soleil et de lumière dans ces habitations déshéritées, cette pensée suffit pour me récompenser de mes efforts.

Eh bien, messieurs, vous ne voudrez pas, en vous tenant dans une réserve trop timide, en prenant une attitude trop effacée, tromper l'attente de l'opinion et du corps médical; vous ne voudrez pas décourager le bon vouloir des pouvoirs publics, et vous voterez les conclusions que votre commission vous soumet, sans en affaiblir l'expression.

M. LE PRÉSIDENT dit que les conclusions sur lesquelles l'Académie est appelée à voter sont de deux ordres :

Les unes sont de simples considérants relatifs à l'étiologie de la fièvre typhoïde; il ne pense pas que ces conclusions puissent être l'objet d'un vote;

Les autres sont relatives aux vœux exprimés par l'Académie sur les mesures à prendre pour la prophylaxie de la fièvre typhoïde; c'est sur cet ordre de conclusions qu'il pense que l'Académie doit être appelée à voter exclusivement.

M. LÉON LE FORT regrette de ne pouvoir partager la manière de voir de M. le président. Il pense que les conclusions relatives aux causes doivent être soumises au vote de l'Académie, comme celles relatives aux moyens d'empêcher l'éclosion et la propagation de la fièvre typhoïde. Ces deux ordres de conclusions sont connexes et ne peuvent être séparés l'un de l'autre.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture des conclusions de la commission : les trois premières, comprenant de simples considérants étiologiques, ne sont pas mises aux voix.

La quatrième conclusion est ainsi conçue :

« La présence autour de Paris de dépotoirs et de dépôts de voirie trop rapprochés de la ville et qui en infectent l'air pendant l'été. (Considérée comme cause de fièvre typhoïde.)

M. LÉON LE FORT estime que cette conclusion est un peu trop absolue. Il ne croit pas que les dépotoirs puissent être considérés comme une cause réelle d'infection pour la ville. Si les odeurs de Paris étaient dues aux dépotoirs, elles devraient être bien plus marquées à la circonférence de Paris, où existent ces dépotoirs, que dans le centre même de la ville. Or, il n'en est pas ainsi, et M. Le Fort a pu s'en assurer dans deux pèlerinages qu'il a entrepris successivement aux dépotoirs de Bondy et d'Aubervilliers. Suivant lui, il n'est pas possible d'admettre que les odeurs du centre et de la circonférence de Paris sont dues aux dépotoirs qui existent autour de la capitale. Il est certain que des odeurs très désagréables peuvent provenir de ces dépôts, quand toutes les précautions nécessaires ne sont pas prises. Mais là n'est pas la question au point de vue de l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre typhoïde; la question est celle-ci : Les dépotoirs peuvent-ils être la cause de l'éclosion des germes de la fièvre typhoïde? Jadis on

pouvait le prétendre, parce que l'on ne prenait aucune mesure contre la production des miasmes exhalés des matières fécales en fermentation. Mais aujourd'hui l'industrie s'exerce d'une manière fort différente, comme M. Le Fort s'en est assuré en visitant l'usine Lesage. Dans cette usine, les matières fécales restent trois jours, au maximum, au bout desquels elles sont complètement transformées. C'est de la question du système de « tout à l'égout » que l'Académie aurait dû surtout se préoccuper, et ce dont elle ne s'est pas du tout inquiétée.

En conséquence, M. Le Fort propose de modifier de la manière suivante les conclusions quatrième et cinquième de la commission :

« La présence autour de Paris de *certains* dépotoirs et de dépôts de voirie trop rapprochés de la ville, *et dans lesquels toutes les précautions ne sont pas prises contre la fermentation des matières fécales*.

« *Faire observer les règlements concernant l'éloignement des dépotoirs et dépôts de voirie, et l'observation des mesures prescrites pour que leurs émanations ne puissent nuire.* »

Enfin, M. Le Fort propose l'addition de la conclusion suivante :

« Repousser le projet de verser à l'égout les matières liquides et solides ; cette mesure, dans l'état actuel des choses à Paris, sans une canalisation plus complète, sans une irrigation extrêmement abondante de tout le réseau d'égouts, ne pouvant être que des plus dangereuses pour la santé publique. »

Sur la proposition de M. le Président, les conclusions de la commission modifiées par M. Le Fort, ainsi que la conclusion additionnelle proposée par cet orateur, sont renvoyées à l'examen de la commission.

Les autres conclusions sont successivement mises aux voix et adoptées à une très grande majorité.

—A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se réunit en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juin 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Nicaise lit un rapport sur un travail de M. Poulet, sur une variété d'exostose de l'humérus.

M. Poulet a réuni six cas d'exostose de l'humérus, présentant la même disposition. La production osseuse siégeait à six centimètres au-dessus de l'interligne articulaire, au niveau du paquet vasculo-nerveux et au point d'insertion de l'aponévrose du brachial antérieur. Quelle est la nature de cette exostose? Il est difficile de penser que ce soit une exostose ostéogénique, car elle est développée au-dessus du cartilage de conjugaison, et M. Poulet croit pouvoir admettre qu'il s'agit là d'une ossification de quelques fibres aponévrotiques du brachial antérieur.

M. Nicaise lit un second rapport sur une observation de M. Schwartz intitulée : Synovite à grains riziformes de la gaîne radiocarpienne, incision, curage, pansement de Lister; guérison.

Trépanation du crane. — Communication de M. Demons (de Bordeaux).

Un homme adulte fit une chute sur la tête, et à la suite de cet accident il eut une perte de connaissance, puis une paralysie du bras gauche et de la jambe droite. Ces accidents disparurent bientôt, et pendant deux ans le malade n'éprouva rien. Au bout de ce temps, il fut pris de crises épileptiformes très fréquentes, d'hémiplégie gauche et de troubles de l'intelligence. C'est alors qu'il entra à l'hôpital de Bordeaux, et M. Demons, en présence de ces symptômes, pensa qu'il y avait lieu de faire la trépanation à droite et au niveau du sillon de Rolando ; pour arriver en ce point, il fit la mensuration comme l'indique M. Lucas-Championnière. Après avoir fait son incision et détaché le périoste, il tomba sur une fêlure du crâne. Il appliqua la couronne de trépan et il trouva un peu de méningo-encéphalite; l'incision de la dure-mère ne donna issue à aucun liquide; il fit la suture du périoste et celle de la plaie du cuir chevelu, puis le pansement de Lister. Le malade guérit très rapidement de son opération et depuis il n'a plus eu aucune attaque épileptiforme, et l'hémiplégie a disparu.

M. Le Fort a eu l'occasion d'observer à l'hôpital Beaujon un malade dans les mêmes conditions. C'était un homme qui, à la suite d'une chute, eût un peu de coma, puis des crises épileptiformes très fréquentes, commençant par le côté droit et se généralisant à tout le corps. Il fit la trépanation et tomba aussi sur une fêlure, mais il trouva la dure-mère intacte et il ne trouva rien. Néanmoins le malade guérit parfaitement ; il n'eût plus d'attaque pendant une année. A ce moment, il eut une attaque très légère, et depuis plusieurs années il n'a plus présenté aucun accident.

M. Polaillon estime que dans la trépanation, le pansement de Lister a une grande importance. Il rappelle un cas rapporté par le docteur Sylvestrini, qui fit, pour un fait analogue, la trépanation chez un garçon de 15 ans ; il ne prit pas la précaution de faire le pansement de Lister; le malade eut de la méningo-encéphalite et succomba.

M. Chauvel donne la relation d'un cas dans lequel il fit la trépanation pour des accidents épileptiformes ; le malade fut très bien guéri pendant deux mois ; mais, à partir de ce moment, les crises reparurent et le malade succomba au bout d'un an.

Action du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs. — M. Trélat : Dans sa première communication, M. Verneuil a voulu démontrer qu'en dehors des accidents septiques les opérés peuvent succomber sous des influences différentes de celles de la pyrexie et de la sepsie. Dans sa seconde communication, le but a été transformé, et il a voulu prouver que le traumatisme accidentel ou chirurgical aggrave dans un grand nombre de cas les états pathologiques antérieurs, et dans son discours il s'est attaché surtout au côté théorique de la question plutôt qu'à son côté pratique. Dans cette seconde communication, on a pu voir tantôt une affirmation catégorique de la théorie, tantôt des réserves plus acceptables.

Que cherchons-nous en somme? Ce sont des règles pour la saine pratique chirurgicale et qui nous permettent de ne pas nous risquer dans des dangers trop certains. Or personne n'a jamais nié la fâcheuse influence des cancers viscéraux, des différentes néphrites, des maladies du foie, du diabète, et jamais aucun chirurgien n'a négligé ces éléments de pronostic chez les opérés.

Chez un opéré, dans les meilleures conditions possibles, la plaie opératoire n'en existe pas moins, et il faut considérer chez lui trois choses :

1o Un ensemble de phénomènes psycho-nerveux, causés par l'opération ;

2o La perte de sang qu'il subira, si minime qu'elle soit ;

3o Il faut enfin que l'opéré fournisse une série de travaux plastiques qui constitueront la guérison de l'opération.

Il est évident que le sujet atteint d'une diathèse antérieure sera moins en état de supporter ce triple choc et qu'il sera dans des conditions plus ou moins redoutables en face de l'opération. En cela, nous sommes d'accord avec M. Verneuil. Mais où nous ne nous accordons plus, c'est dans la théorie. Un homme diabétique succombe à la suite d'une opération ; M. Verneuil dit : Le traumatisme a aggravé le diabète ; moi, je dis : Le malade était diabétique ; l'accident terminal a éclaté parce qu'il était diabétique.

Dans une thèse récente sur le coma diabétique, M. Dreyfous a montré que, sur trente-huit cas de cette affection, dix-sept fois elle était survenue sous l'influence d'une impression morale vive ou à la suite d'une simple fatigue. Aussi je pense que l'on peut admettre également que, si chez un opéré diabétique le coma éclate, l'opération a agi non pas comme traumatisme, mais comme cause émotive.

Dans sa thèse sur l'albuminurie transitoire, M. Capitan a mon-

tré qu'une impression vive sur la peau ou sur les organes des sens pouvait produire chez les animaux une albuminurie qui persistait pendant douze, quinze, trente-six heures. Ne peut-on pas rapprocher de ces faits la malade de M. Verneuil, qui, à la suite de l'opération, a eu une légère augmentation passagère d'albumine dans ses urines ?

Quant à la tuberculose, c'est le point où je suis le moins d'accord avec M. Verneuil ; les exemples nombreux qu'il nous a cités, bien examinés, ne m'ont pas prouvé du tout que le traumatisme avait aggravé la propathie. La tuberculose est une affection qui marche par poussées et qui s'accompagne d'accidents fréquents et qui sont indépendants d'un traumatisme quelconque. Rien n'est moins prouvé pour moi que, dans les exemples donnés par M. Verneuil, le traumatisme ait été la cause déterminante d'un accident qui survient naturellement dans le cours de la tuberculose.

En résumé, je crois que nous tirerons un grand bénéfice de ces recherches pour nous défier des propathies, mais il ne faut rien exagérer ; il faut, je crois, se borner à dire que les états pathologiques et organiques préexistants aggravent chez les opérés le pronostic de leur blessure, et il faut rechercher avec soin ces éléments de pronostic et de détermination opératoire.

Dr Henri Bastard.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 15 mars 1883.

M. G. Hervé présente une première côte bifurquée à son extrémité postérieure. La branche supérieure venait s'articuler avec la dernière vertèbre cervicale, dont elle constituait l'appendice costiforme prolongé et soudé avec le corps de la première côte dorsale.

M. le docteur Philippe Rey présente une calotte cranienne et un cerveau provenant d'un imbécile mort aliéné à l'asile de Ville-Evrard. La calotte cranienne offre notamment un développement énorme et une projection en arrière de l'occipital. Ce qui est surtout curieux, c'est que l'encéphale possède un poids énorme (1,700 gr.) et que les circonvolutions cérébrales sont très compliquées. Mais l'homme dont il s'agit était fils d'alcoolique et alcoolique lui-même et sa mère est morte aliénée. Il s'agit donc d'un cas pathologique.

M. W.-J. Hoffman envoie une note sur les flèches empoisonnées des Indiens de l'Amérique du Nord.

Les Comanches se servent de la « baïonnette espagnole » ou *yucca angustifolia*, dont ils percent simplement la gousse encore verte avec la pointe des flèches qu'ils veulent empoisonner.

Les tribus voisines rapportent que les Lipans plongent la pointe de leurs flèches dans le sang menstruel d'une femme.

Les Apaches Cayoteros écrasent les têtes de plusieurs serpents à sonnettes avec des fragments de foie de cerf ; ils laissent le mélange se putréfier et trempent alors dans le liquide la pointe de leurs flèches et laissent sécher lentement.

Les Chinouns (Moquis de l'Arizona) prennent un serpent à sonnettes qu'ils irritent jusqu'à ce qu'il se morde lui-même, puis ils plongent la pointe des flèches et une partie du bois dans le sang de l'animal. L'individu blessé par une de ces flèches meurt ordinairement en trois ou quatre jours ; mais si le blessé a subi un jeûne prolongé auparavant, l'action du poison est bien plus rapide.

On obtient un autre poison en secouant un nid d'abeilles (du genre Bourdon) et, quand celles-ci ont été très excitées, on les abat avec de petites branches liées en faisceau. On met les insectes tués dans un mortier de pierre où on les écrase, puis on trempe les flèches dans le magma. Très probablement la substance active, dans ce cas, est l'acide formique contenu dans le corps des abeilles. On ne dit pas que cette préparation puisse entraîner la mort, mais qu'elle peut rendre un individu malade pour longtemps.

Une autre variété de poison se prépare avec des fourmis rouges. Ce poison est très actif, bien que non mortel. Les blessures, même légères, causent une grande douleur au pharynx et dans la partie touchée, amènent un gonflement considérable de la partie, causent de la fièvre et souvent un peu de délire. Pendant les trois jours qui suivent, le blessé reste très affaibli et il ne peut reprendre ses occupations ordinaires avant un mois.

Séance du 5 avril.

M. Piat rappelle un autre mode d'empoisonnement des flèches observé par M. Roulin. Les Indiens ramassent après les débordements de l'Orénoque un certain nombre d'énormes crapauds (le Buffo aga, pouvant avoir jusqu'à 40 centim. de longueur). Ils embrochent ces animaux, les placent devant le feu et trempent les pointes de flèches dans le liquide qui s'écoule du corps de l'animal. Les blessures faites par ces flèches sont mortelles pour les petits animaux. Cloez et Gratiolet ont trouvé chez le crapaud un liquide vénéneux sécrété par certaines glandes en tubes siégeant en divers points de la surface du corps.

M. Mathias-Duval, au nom de M. le docteur Testut (de Bordeaux), présente une note d'anatomie humaine relative à l'insertion du biceps sur l'humérus (3e chef ou chef huméral du biceps). Contrairement à l'assertion de Hyrtl qui a prétendu que ce faisceau surnuméraire n'était qu'une portion du brachial antérieur détachée de ce dernier muscle par le nerf musculo-cutané, M. Testut estime, d'accord en cela avec Calori, et se basant sur 5 observations personnelles recueillies dans son laboratoire, que le nerf musculo-cutané n'entre pour rien dans le mode de production du chef huméral.

Pour lui, une pareille disposition rentre naturellement dans la classe des anomalies, dites *réversives*. L'insertion humérale du biceps, en effet, anormale chez l'homme, se rencontre normalement dans quelques espèces animales, notamment chez le rhinocéros, et chez quelques chéroptères. Humphry nous apprend également dans sa myologie du phoque qu'un faisceau des fibres superficielles du brachial antérieur se porte, chez cet animal, sur le biceps, pour gagner, avec ce dernier muscle, la tubérosité radiale.

L. Manouvrier.

FORMULAIRE

Solution contre l'hyperhydrose des pieds.

(Kaposi.)

Rec.	Naphtol pur	5 grammes.
	Alcool	100 —
	Glycérine	10 —

M. s. a. Pour lavages.

Ces lavages doivent être répétés deux fois par jour. On saupoudre ensuite les pieds avec la mixture suivante :

Amidon	100 parties.
Naphtol pulvérisé	2 —

M.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi de la glycérine dans le traitement du diabète, par le docteur Delmis.

Employée d'abord comme topique dans certaines affections cutanées, la glycérine avait donné de bons résultats dans plusieurs d'entre elles, en particulier, dans le lichen agrius, le pityriasis et certaines hyperesthésies. Plus tard, Demarquay s'en servit dans la pourriture d'hôpital et vit qu'elle empêchait l'extension du mal

et favorisait l'élimination des parties mortifiées. Depuis cette époque, on a tenté de l'administrer à l'intérieur. Utilisée depuis longtemps comme véhicule d'un certain nombre de préparations difficiles à ingérer lorsqu'elles sont administrées d'une autre manière, elle était laissée un peu de côté par les praticiens, ses propriétés accessoires faisant perdre un peu de vue ses propriétés essentielles. C'était un bon excipient, cela suffisait; on n'osait lui demander autre chose. Ce fut tout à fait accidentellement que M. Daudé (de Marvejols) pensa à en tirer parti dans la dysentérie en la donnant en lavements; elle modifia favorablement la surface des ulcérations intestinales et désinfecta les sécrétions; enfin, un physiologiste et un médecin anglais, MM. Pavy et Abboth Smith, l'employérent dans le diabète; elle facilite la digestion et dissipe le dégoût des aliments. C'étaient là, sûrement, deux propriétés précieuses; aussi les a-t-on retenues et, aujourd'hui encore, la glycérine est un des médicaments les plus avantageux que l'on puisse utiliser dans cette grave affection. Quelle que soit sa forme et sa marche, le diabète est toujours accompagné d'altérations nutritives de première importance. La phtisurie n'est peut-être, en somme, qu'une résultante morbide dépendant d'une altération persistante des éléments histologiques. Une condition indispensable de succès pour toute médication, c'est qu'elle assure et règle la nutrition et les échanges. De là, l'indication de son emploi dans la plupart des affections organiques, l'albuminurie, etc., etc.

Malheureusement, l'application est souvent difficile. « Si la substance n'est pas pure, disent MM. Bouchut et Desprès, elle est extrêmement dangereuse et, à l'intérieur, peut être mortelle, en raison des matières putrides qu'elle renferme et des abcès viscéraux multiples qui en sont la conséquence. »

L'utilité de la glycérine est donc subordonnée à son mode de préparation; il faut, pour la donner en toute confiance, avoir la certitude absolue qu'elle est pure. Aucune préparation pharmaceutique ne répond mieux à cette indication que le quioa Rocher à base de glycérine redistillée. Ce médicament a fait ses preuves depuis longtemps; l'emploi est rationnel, les indications sont précises, les contre-indications tenant à l'incertitude du mode de préparation disparaissent. Il est probable que dans un avenir prochain la glycérine prendra, grâce à ce produit, la place qu'elle mérite en thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

I. Traité de l'art des accouchements, par S. Tarnier et G. Chantreuil. — H. Lauwereyns, éditeur. Paris, 1882.
— II. Traité pratique des accouchements, par le docteur A. Charpentier. — Librairie J.-B. Baillière et fils. Paris, 1883.

I. Nous n'avons pas à faire l'analyse du livre de MM. Tarnier et Chantreuil.

Les trois fascicules qui le composent ont été successivement l'objet de l'étude qu'ils méritent.

Réunis maintenant, ils constituent la première moitié de l'ouvrage.

Ce premier volume forme, pour ainsi dire, un *Traité complet d'eutocie*.

Dans sa préface, qui est un chef-d'œuvre, M. Tarnier explique au lecteur les raisons qui l'ont poussé à s'adjoindre un collaborateur. « Pour publier un traité théorique et pratique d'accouchements, dit-il, il faudrait tout à la fois être jeune et expérimenté : jeune, afin d'avoir beaucoup de temps à consacrer au travail; expérimenté, afin de pouvoir examiner les questions avec toute la maturité de jugement qu'on ne rencontre habituellement que chez les hommes d'un certain âge. »

M. Tarnier ne voulut pas entreprendre seul cette tâche; il préféra diviser les rôles et, trop occupé d'autre part pour travailler à son gré au traité dont il avait arrêté le plan, il demanda à Gustave Chantreuil sa collaboration.

Dans l'édification de l'œuvre commune, Chantreuil apporta son activité au travail, sa connaissance des langues étrangères, son érudition consommée; le maître, sa science profonde et sa grande expérience mûrie dans une immense pratique.

Leur travail commun nous a donné un livre bien français par sa clarté, sa précision, sa méthode, qui devint classique dès la publication du premier fascicule, qui est déjà ou sera nécessairement dans la bibliothèque de tout médecin français, qui, hors de France, fera honneur à notre pays.

Chantreuil, hélas! n'assiste pas à ce succès; mais son nom se trouve irrévocablement lié à celui de M. Tarnier à la première page du livre. Parmi ses titres scientifiques, celui-ci, plus que tout autre, donne à ses amis la certitude que sa mémoire ne sera pas oubliée.

La mort lui ayant enlevé son premier collaborateur, M. Tarnier chercha parmi ses élèves celui qui pouvait le mieux aider à terminer l'œuvre si bien commencée : il choisit M. Budin. Le public médical applaudira certainement au choix qu'il a fait. M. Budin est digne entre tous du double honneur qui lui est échu : remplacer Gustave Chantreuil et siguer à côté d'un maître tel que M. Tarnier.

II. Le traité de M. Charpentier comprend deux volumes de 1,000 pages environ chacun.

L'ouvrage est divisé en huit livres :

Livre Ier. *Anatomie*. Des organes de la génération.

Livre II. *Physiologie*.

Livre III. *Grossesse*. Comprenant l'étude des modifications qu'elle imprime tant à l'ensemble de l'économie qu'aux différents systèmes organiques, le développement de l'œuf, l'étude du fœtus, de ses fonctions, la grossesse physiologique en un mot.

Livre IV. *Accouchement physiologique*. Présentations, positions, phénomènes physiologiques et mécaniques de l'accouchement, traitement général de l'accouchement, traitement particulier de chaque présentation; enfin les suites de couches normales physiologiques et la reconstitution des organes à l'état normal.

Livre V. *Pathologie de la grossesse*. Comprenant les maladies survenant chez la femme enceinte et les maladies propres à cette femme enceinte, c'est-à-dire sous la dépendance directe de la grossesse et se produisant par le fait de la grossesse. Maladies de l'œuf, du placenta et des membranes, maladies du fœtus lui-même, avortement, grossesse extra-utérine.

Livre VI. *Pathologie de l'accouchement*. La dystocie.

Livre VII. *Opérations obstétricales*.

Livre VIII. *Suites de couches pathologiques*.

Le premier volume traite des cinq premiers livres, le second contient les trois derniers.

Chaque chapitre est précédé d'un index bibliographique où l'on trouve l'indication des travaux français ou étraogers qui se rapportent au sujet traité.

Un très grand nombre de figures sont intercalées dans le texte; une planche chromolithographique représente les modifications de la mamelle pendant la grossesse.

Dans les deux premiers livres, l'anatomie et la physiologie des organes génitaux sont brièvement exposées; l'auteur se

hâte vers le troisième livre consacré à la grossesse physiologique. Là encore, tout en s'efforçant d'être complet, il donne une vue rapide des modifications de l'organisme maternel, puis des notions suffisantes d'embryologie : il étudie avec soin le développement des annexes, la structure du placenta et donne un résumé important du mémoire de Léopold sur ce sujet.

Dans le chapitre IV de ce livre, M. Charpentier s'occupe des signes et du diagnostic de la grossesse. Pour lui, les signes de certitude de la grossesse sont : 1o *les mouvements actifs du fœtus* perçue par l'accoucheur ; 2o *les mouvements communiqués, ballottement abdominal, vaginal;* 3o *les battements du cœur du fœtus.*

De ces signes, les deux premiers sont considérés par MM. Tarnier et Chantreuil, non pas comme entraînant la certitude, mais seulement la probabilité de la grossesse.

En revanche, ces derniers auteurs admettent comme signe de certitude les *parties fœtales accessibles au toucher.* M. Charpentier n'en fait pas mention. *Ce toucher de l'œuf*, qu'on ne peut pratiquer sans danger que chez un certain nombre de multipares, n'en est pas moins un signe précieux pour le diagnostic, alors par exemple que le fœtus a succombé dans les derniers mois de la grossesse; dans certains cas où, la grossesse étant reconnue, il s'agit de savoir si l'œuf est contenu dans la cavité utérine, le toucher de l'œuf permet seul d'assurer le diagnostic.

Dans le livre IV se trouvent traitées toutes les questions relatives à l'accouchement dit *physiologique*. Afin sans doute de faire ressortir l'unité du mécanisme de l'accouchement, M. Charpentier a consacré un chapitre de ce livre à la présentation du tronc, bien qu'elle constitue au plus haut degré un cas de dystocie. C'est que, dans les circonstances exceptionnelles où l'évolution spontanée se produit, les différents temps qui en composent le mécanisme offrent la plus grande analogie avec ceux de l'accouchement physiologique.

Ce mécanisme de l'évolution spontanée est particulièrement intéressant. M. Charpentier donne du quatrième temps, *dégagement du tronc*, une description qui diffère absolument de celle des auteurs classiques : « Si nous supposons, dit-il, que l'épaule gauche vient se fixer sous la symphyse, on verra successivement se dégager sur la commissure du périné l'épaule droite, le creux axillaire droit, le côté droit du thorax, et enfin l'épaule gauche, la tête restant seule dans l'utérus. »

Ainsi, d'après M. Charpentier, le fœtus roule en descendant dans l'excavation ; si l'épaule gauche se présente, elle s'immobilise sous la symphyse, tandis que l'épaule droite, décrivant un arc de cercle qui a pour centre le bord inférieur de la symphyse, se dégage la première. On admet généralement, au contraire, que le dégagement a lieu par un mouvement d'inflexion, de déroulement du plan latéral qui se présente.

L'accouchement gémellaire, la délivrance, les suites de couches physiologiques, l'involution utérine, l'hygiène du nouveau-né, occupent encore dans ce livre des chapitres importants.

La pathologie de la grossesse fait l'objet du livre V. Nous avons dit déjà quelles en sont les principales divisions : un grand nombre de sujets y sont traités avec des documents nouveaux. Nous signalerons particulièrement ce qui a trait à la syphilis pendant la grossesse, à l'albuminurie, à l'hydramnios. Les chapitres consacrés à l'avortement et à la grossesse extra-utérine, qui terminent ce livre, méritent une attention spéciale.

Le livre VI traite de la *dystocie* : il comprend deux chapitres, l'un pour la dystocie maternelle, l'autre pour la dystocie fœtale. Dans le premier, on trouve une étude très approfondie des vices de conformation du bassin ; la description minutieuse des diverses variétés de bassins viciés est suivie de considérations cliniques sur la grossesse et l'accouchement dans ces conditions spéciales; l'opportunité, le moment, le mode de l'intervention sont discutés avec beaucoup de détails. Vient ensuite l'histoire des causes de dystocie tenant aux parties molles, thrombus, cancer, tumeurs fibreuses, hémorrhagies puerpérales, etc.

La dystocie fœtale contient également plusieurs chapitres très intéressants.

Le livre VII est consacré aux opérations obstétricales.

La délivrance artificielle a été étudiée dans le livre précédent, en même temps que les hémorrhagies puerpérales. La version par manœuvres externes, la version bipolaire, la version par manœuvres internes, font l'objet d'articles séparés. Puis vient une étude très complète du forceps : d'abord la description des divers forceps employés, soit en France, soit à l'étranger, puis une discussion sur le forceps de M. Tarnier, dont M. Charpentier accepte la supériorité pour les applications faites dans l'excavation ou à la vulve, tandis qu'il préfère l'ancien forceps pour les applications au détroit supérieur. Cette dernière partie de son jugement repose sur un nombre de faits trop restreint pour entamer la conviction de ceux qui, comme nous, ont constamment vu le forceps Tarnier donner, entre les mains de nos maîtres, les meilleurs résultats, alors qu'il était appliqué au détroit supérieur.

Parmi les nombreux chapitres qui suivent, signalons ceux qui sont relatifs aux filets, à l'opération de Porro, à certains procédés récents d'embryotomie. Dans le chapitre qui traite de l'accouchement prématuré artificiel sont rapportées les statistiques très curieuses de Winkel et de Spiegelberg surtout, discutant et réduisant beaucoup les indications de ce mode d'intervention.

Le livre VIII contient la description des différentes formes de l'infection puerpérale ; les questions d'historique et de doctrine concernant la fièvre puerpérale, l'anatomie pathologique et le traitement des diverses localisations de l'infection sont passés en revue.

On peut faire au travail de M. Charpentier le reproche d'être sur beaucoup de points un assemblage de notes plutôt qu'un livre ayant revêtu une forme personnelle. De longues citations, le résumé d'un grand nombre de monographies françaises et étrangères fournissent au lecteur des matériaux tout préparés pour former son opinion ; mais souvent celle de l'auteur, en dépit de la promesse qu'il nous fait dans sa préface, est difficile à saisir, parce qu'elle n'est pas nettement formulée.

En dehors de ces quelques critiques, bien des inexactitudes seraient à relever, bien des points mériteraient d'être discutés : et cependant nous nous garderions de méconnaître la valeur de l'ouvrage, qui est considérable. M. Charpentier a droit à notre reconnaissance : ses deux volumes contiennent un grand nombre de documents qui n'avaient pas encore été réunis et dont la lecture sera d'un grand profit pour tous ceux que les questions obstétricales intéressent.

CHAMPETIER DE RIBES.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

CONCOURS. — Le jury du concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine, à l'Hôpital de Berck-sur-Mer, se compose de MM. les docteurs Guéniot, président, Danlos et Moizard, juges.

*
* *

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Les questions données aux candidats de la section de physique et chimie pour l'épreuve orale de trois quarts d'heure après trois quarts d'heure de préparation sont: 1o Acide tartrique et tartrates; 2o Du potassium et de ses principaux sels; 3o La pile hydro-électrique; 4o le prisme optique; 5o le microscope.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

168. M. Guiard. Transformation ammoniacale des urines. — 169. M. Ludger. De la mensuration clinique du cœur chez les enfants du sexe masculin de dix à quatorze ans. — 170. M. Rousseau. Contribution à l'étude des indications de la médication antipyrétique dans le traitement de la fièvre typhoïde. — 171. M. Boucher. Considérations sur les complications tendineuses et articulaires survenant dans le cours de l'érysipèle. — 172. M. André Gabriel. Du vomissement au début de la diphthérie. — 173. M. Perrachon. Sur un mécanisme de la disparition du pneumothorax par perforation et les indications qu'il fournit au pronostic et au traitement.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 1er JUIN AU JEUDI 7 JUIN 1883.

Fièvre typhoïde 52. — Variole 21. — Rougeole 20. — Scarlatine 1. — Coqueluche 18. — Dipthérie, croup 39. — Dysenterie 3. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 51. — Phthisie pulmonaire 209. — Autres tuberculoses 21. — Autres affections générales 64. — Malformation et débilité des âges extrêmes 52. — Bronchite aiguë 31. — Pneumonie 70. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 71, — au sein et mixte 48. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 106. — de l'appareil circulatoire 87. — de l'appareil respiratoire 65. — de l'appareil digestif 57. — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 10. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 31. — Causes non classées 7. — Total de la semaine: 1180 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DE LA MÉDICATION PURGATIVE, par le docteur E. Clément, médecin des hôpitaux. Brochure in-8. — Prix : 3 fr. 50.—Paris, G. Masson, éditeur, 120, boul. St-Germain.

DE L'ASPHYXIE NON TOXIQUE, par L. Dreyfus-Brisac, médecin des hôpitaux. Brochure in-8. — Prix : 3 fr. 50.—Paris, G. Masson, éditeur, 120, bd St-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris



54e année. 6e série. Tome V. N° 25 23 JUIN 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;**
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 21 juin 1883.

Académie de médecine : FIN DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

L'Académie a enfin terminé le débat engagé depuis plusieurs semaines sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Aux conclusions déjà votées dans la dernière séance et destinées à attirer l'attention du gouvernement sur les *desiderata* de l'organisation hygiénique à Paris, M. Le Fort avait demandé d'en adjoindre deux autres, qui avaient été renvoyées à la Commission. Celle-ci, par l'organe de M. Rochard, s'est ralliée à la première des deux propositions de M. Le Fort, qui réclame une stricte application des ordonnances relatives au fonctionnement et à l'éloignement des dépotoirs. Par contre, la Commission a pensé que l'Académie sortirait de la réserve qui convient à son rôle en engageant son opinion dans la question des vidanges, alors qu'après quatorze années d'études et d'expériences répétées, en Allemagne, en Angleterre et en France, cette question divise encore les hommes les plus compétents.

M. Brouardel, dans une improvisation très heureuse, n'a pas eu de peine à fixer le sentiment de l'Académie sur ce point. Il a démontré de la façon la plus claire que tout se tient dans cette question si épineuse des vidanges qui, plus que tout autre, mérite aujourd'hui d'occuper la sollicitude des hygiénistes. Ce serait faire fausse route que de trancher, sur des idées préconçues, un des côtés d'une question qui réclame une solution entière ; ce serait retarder indéfiniment cette solution que de repousser *à priori* la vidange à l'égout, et nous laisser exposés à tous les dangers et à tous les inconvénients des fosses mobiles, lorsque l'adaptation des égouts à un rôle pour lequel ils n'étaient pas destinés au début nous promet dans un avenir prochain une solution satisfaisante à tous égards. L'Académie, à une forte majorité, a ratifié l'avis de la Commission sur les deux points en cause, et on peut dire qu'elle a fait œuvre à la fois sage et utile.

E. R.

POLICLINIQUE MÉDICALE

FIÈVRE TYPHOÏDE LÉGÈRE SUIVIE D'UNE RECHUTE MORTELLE,
par M. le docteur CABADÉ.

Suite et fin. — Voir les numéros 22 et 23.

21. A ma visite du matin, je trouve le ventre encore très douloureux, pas ballonné; douleur au niveau des muscles et tout le long du colon transverse ; la langue est redevenue sale, pas d'appétit, quelques légères nausées. Je prescris un lavement et un cataplasme sur l'abdomen. Le soir, le ventre est un peu moins douloureux ; le lavement a fait rendre une assez grande quantité de matières dures; il y a en dans la journée des nausées fréquentes; le lait a été rejeté à deux reprises différentes. J'ai la sensation, disait le malade, de scybales énormes qui passent dans mon intestin. La langue est entièrement recouverte d'un enduit blanchâtre, très rouge au pourtour ; l'empreinte des dents se montre de nouveau.

22. La nuit a été médiocre; le malade fort agité, ventre ballonné, douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite ; la rate a augmenté de volume, le ventre est sonore dans tous les points, sauf au niveau de la région sous-hépatique ; il existe deux taches lenticulaires à gauche ; l'anorexie est complète, les nausées fréquentes ; la douleur des muscles abdominaux est moindre. Le pouls est faible, mou, très dépressible; le facies exprime l'abattement et la fatigue, le malade parle à peine et très difficilement, vu l'état de sécheresse de sa langue, toujours très chargée d'enduit. Sulfate de quinine, 50 centigrammes; extrait mou de quinquina, 1 gr.; eau-de-vie, 50 gr. Le soir, l'état est le même, mais la prostration plus grande il a eu deux vomissements. Les lavements ont entraîné avec eux une grande quantité de matières dures.

23. L'état est le même; un vomissement le matin ; rejet du lait, qui est cependant donné avec addition d'eau de chaux. La parole est difficile à cause de l'état de la langue. La nuit a été agitée. Le ballonnement du ventre est stationnaire ; douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite, deux ou trois nouvelles taches lenticulaires. Ce matin, il y a eu une épistaxis assez abondante. Le malade se rend compte qu'il a eu la nuit un peu de délire. Les lavements déterminent l'expulsion de quelques scybales et une partie plus molle, fétidité extrême de la selle. Pouls faible, légèrement dicrote ; dépressibilité manifeste. Sulfate de quinine, 50 centigr.; extrait mou de quinquina, 1 gr. 50 ; eau-de-vie, 60 gr. Lotions froides avec eau et vinaigre aromatique.

24. Je vois le malade avec le confrère Fourestier ; nous le trouvons beaucoup plus affaissé que la veille : ventre légèrement ballonné et peu douloureux, mais la prostration du facies s'accentue ; il n'y a eu qu'un vomissement. Les lavements n'ont fait évacuer que très peu de matières dures, fétides. Le pouls est fréquent, très manifestement dicrote, très mou ; on

nous dit que le malade, laissé à lui-même, a fréquemment du subdélirium; causant avec nous, il perd le fil de ses idées et prononce des paroles incohérentes, mais bientôt il se rend compte de ce tronble intellectuel. La peau est chande, sèche, sans moiteur.

Lavements, cataplasmes légers sur l'abdomen; sulfate de quinine, 50 centigr. Extrait mou de quinquina, 2 gr. Eau-de-vie, 60; 3 lotions vinaigrées, lait.

25. L'état est toujours très grave; l'ensemble des symptômes que je viens d'énumérer persiste et s'accentue; le marmottement et le subdélirium sont constants. Toutefois, en adressant la parole au malade, il reprend la possession de ses idées et répond aux questions qu'on lui pose. Il présente ce genre de délire fâcheux qui consiste à n'accuser aucune souffrance et à se dire absolument bien portant. Les lavements entraînent des matières molles. Les lotions froides sont bien supportées. Le pouls est très mou et très faible; il bat à 120.

26. La température a baissé. Cependant je ne puis considérer ce fait comme un heureux symptôme; l'état général présente toujours la même gravité, le délire est permanent, quand le malade est laissé à lui-même; les yeux sont cernés, profonds, exprimant l'angoisse la plus grande. La langue est couverte absolument par un enduit blanc corné; le malade la meut très difficilement. Le ventre, légèrement ballonné, n'a pas plus de développement qu'hier. La prostration est extrême. Pas de nouvelles taches. Pas de vomissements. Le pouls est le matin à 128, le soir à 144. Je considère l'état comme désespéré. — Même traitement.

Dans la nuit, à minuit et demi, on me prie d'aller voir le malade; il vient d'avoir une crise d'ataxie aiguë. Les membres sont agités de mouvements inconscients; il y a carphologie persistante; la voix n'est émise qu'avec de grandes difficultés. Cependant, du côté du ventre, les symptômes ne sont pas plus accentués. La peau commence à se couvrir de sueur. C'est la période agonique qui commence. Pouls, 154.— Potion musquée.

Notre excellent confrère expirait le lendemain matin à neuf heures, après une petite crise convulsive suivie de mouvements respiratoires s'affaiblissant et s'éloignant progressivement jusqu'au dernier souffle.

Le pouls et la température sont réglés d'après la date et non d'après les jours de maladie, à cause de la difficulté d'établir le début.

Tel a été ce typhus abdominal, léger et bénin dans sa première phase, terrible et mortel dans les derniers jours de la rechute. Et d'abord je dois dire que, contrairement à ce qui se passe à Paris, contrairement aux affirmations de tous les auteurs, tandis qu'à Paris les fièvres typhoïdes à rechute sont le plus ordinairement terminées par le retour à la santé, ici c'est l'inverse qui a lieu, et la plupart des malades qui ont une rechute on reversion de la maladie succombent neuf fois sur dix. Quelle est la raison de ce fait? Je me donnerais bien garde de tenter une explication, mais il est constant et je l'ai vu se produire tel que je viens de l'indiquer, dans ma clientèle, chaque fois que j'ai eu une fièvre typhoïde à reversion, et je sais que mes confrères ont tous pu constater la même léthalité des récidives.

Je sais combien le signe nommé par Trousseau tache ou raie méningitique a été discuté et aussi combien on a contesté sa signification. Cependant ce signe s'est montré depuis le premier jour de la maladie jusqu'au dernier soupir, étant à un moment donné le seul symptôme morbide qu'il fût permis de constater.

Je ne veux pas faire suivre cette observation déjà trop longue de réflexions étendues; toutefois, il m'est impossible de passer sous silence ce fait surprenant.

Notre confrère est mort avec tous les symptômes d'un empoisonnement typhique; jamais les signes locaux n'ont atteint une grande intensité. Quelle explication peut-on donner de ce fait? Comment ce poison a-t-il pu déterminer les symptômes qui ont constitué la première phase de la maladie, sans manifester toute son énergie, et comment, après que la première phase paraissait terminée, après que le poison semblait avoir épuisé toute son énergie, a-t-il suffi d'une fatigue exagérée et de pressions violentes sur l'addomen pour que le poison, renaissant en quelque sorte, alors que son action nocive semblait épuisée, ait repris une énergie suffisante pour tuer notre ami d'une façon aussi prompte et aussi implacable?

CLINIQUE MÉDICALE

NOTES CLINIQUES SUR QUELQUES INTOXICATIONS ET MALADIES CHRONIQUES OBSERVÉES DANS LE SERVICE DE M. LANCEREAUX, A L'HOPITAL DE LA PITIÉ, par M. OCTAVE GUELLIOT, interne du service.

Suite et fin. — Voir les numéros 4, 13 et 21.

ARTHRITISME ET HERPÉTISME.

En dehors des arthrites traumatiques, de celles qui constituent un des symptômes propres de la fièvre rhumatismale, ou une complication de la blennorrhagie et de la syphilis, il en est d'autres qu'on a englobées sous les noms plus ou moins heureux de *rhumatisme chronique, noueux, déformant, goutteux*. Ces arthrites ne sont pas isolées et elles coïncident presque toujours avec des symptômes qui, pour siéger dans d'autres appareils, n'en ont pas moins avec elles des relations intimes. M. Lancereaux a beaucoup insisté devant nous, pendant l'année que nous avons eu l'honneur de passer dans son service, sur ces arthropathies, sur leur mode d'évolution et sur leur séméiologie. Nous allons essayer de résumer ses idées sur ce sujet intéressant.

M. Lancereaux, repoussant toute assimilation entre le rhumatisme articulaire aigu, la goutte et le rhumatisme dit chronique, laisse de côté la dénomination d'*arthritisme* qui, dans la pensée de ceux qui s'en servent, implique un rapprochement entre des états fort dissemblables. Le rhumatisme articulaire aigu est une fièvre, fièvre rhumatismale à détermination fréquente sur l'endocarde; la goutte est caractérisée par la dyscrasie urique. Quant aux autres désordres articulaires

que nous venons de citer, ils sont liés à un état général constitutionnel, pour lequel, faute de mieux, M. Lancereaux se sert de la vieille expression *herpétisme*, à laquelle il donne un sens spécial. Voyons ce qu'est cet état, qui n'est ni l'*arthritis*, ni la *dartre* de Bazin, qui tient de l'une et de l'autre, et mérite une place à part et large dans la nosographie.

Les *herpétiques* ont souvent de bonne heure des migraines, un flux bronchique ou nasal, des éternuements répétés (*asthme nasal*), des hémorrhoïdes, de l'angine granuleuse, de la bronchite chronique, de la dyspepsie. Puis, après une période de prodrômes, de troubles physiologiques, pour employer une expression de Bazin, viennent des symptômes qui accusent des altérations plus accentuées et plus profondes. L'individu, plutôt maigre que gras, a rapidement une calvitie fronto-sincipitale, simple ou furfuracée, ou, à défaut d'alopécie, une canitie prématurée. En même temps des éruptions se font à la peau, remarquables d'une part par leur disposition symétrique, d'autre part par des démangeaisons et surtout les cuissons qui les accompagnent : ce sont de l'eczéma, du lichen, du psoriasis, de l'ichthyose, du vitiligo ; la leucodermie a été très apparente chez plusieurs de nos malades, principalement sur les mains et au cou. Les dépendances de la peau, ongles et poils, sont bientôt atteints ; nous avons parlé des altérations des cheveux ; les ongles, surtout aux pieds, deviennent rapidement cannelés, bosselés ; ils s'épaississent, et parfois on observe une véritable onychogrypose.

Une des manifestations les plus importantes est celle qui se fait vers les extrémités osseuses. Les cartilages diarthrodiaux s'usent et subissent l'altération velvétique ; les épiphyses se gonflent et augmentent de volume, surtout par ossification des cartilages, car, sur des coupes, on voit, au-dessus de la lame compacte qui, normalement, limite l'extrémité de l'os, une couche ossense de nouvelle formation. Ce syndrôme, cette arthrite, reconnaît plusieurs périodes. Au debut, le cartilage est simplement érodé ; on perçoit, dans les mouvements de l'article, une crépitation d'autant plus fine que la lésion est moins avancée ; plus tard, les articulations se déforment et présentent le type des arthrites déformantes ou noueuses. Comme désordres fonctionnels, sensations de cuisson, de picotements, et plus tard, douleurs plus ou moins vives ; enfin, gêne de la marche ou des mouvements en rapport avec la déformation articulaire.

A côté de cette variété, qui a une marche lente et qui, à ce point de vue, mérite l'épithète de chronique, il est des cas où la maladie évolue plus rapidement, et où on se trouve en présence d'une *poussée aiguë de rhumalisme chronique*, et ce sont peut-être ces cas qui ont fait dire que « l'arthritis, qui est caractérisée par le tophus, débute souvent par une attaque de rhumatisme articulaire aigu » (Bazin). Mais, outre que la fièvre, les sueurs sont toujours peu marquées, la poussée se fait plus souvent vers les petites articulations des mains et des pieds ; de plus, le malade, au lieu de revenir à la santé après que l'attaque est passée, traîne une longue convalescence et conserve presque toujours une déformation articulaire qui augmentera à une nouvelle attaque ; enfin, il n'est pas prouvé que ces manifestations aient jamais coïncidé avec le développement d'une endocardite, et, si les bruits du cœur sont parfois modifiés, la cause en est dans l'altération du système vasculaire. Et que l'on ne croie pas que cette arthrite soit une maladie spéciale à l'âge mûr ou à la vieillesse ; nous en avons vu plusieurs exemples chez des jeunes gens. L'un d'eux, âgé de vingt-cinq ans, avait eu autrefois un eczéma, a eu à plusieurs reprises de ces poussées dont la plus tenace—qu'on aurait pu prendre pour une attaque de goutte—se faisait dans les articulations des orteils.

Ceux-ci sont en effet fréquemment atteints, et parmi eux le gros orteil est celui qui a le plus à souffrir. L'extrémité du premier métatarsien augmente de volume, il se forme un plateau osseux que nous avons maintes fois constaté à l'autopsie, toujours plus saillant, plus épais en dedans, et qui a pour effet de dévier l'orteil en sens inverse, c'est-à-dire du côté du pied. C'est là la déformation décrite sous le nom d'*oignon* et qui n'a rien à voir avec la pression des chaussures, car elle se produit chez des individus qui ne mettent que des chaussures molles, ou chez des malades couchés dans un lit d'hôpital. Plus rarement, il se fait en même temps un oignon du petit orteil ; enfin, parfois les lésions sont encore plus accentuées ; on voit alors tous les orteils se renverser, se dévier, chevaucher les uns sur les autres. A la main les déformations sont ordinairement moins étendues ; les têtes des métacarpiens sont gonflées, les doigts se dévient vers le bord cubital, se renflent au niveau des articulations phalangiennes. Chez tous les individus portant ces déformations des mains et des pieds, on retrouvait la coïncidence des mêmes symptômes, le même état général, ; on verra du reste que notre statistique s'appuie sur un nombre respectable de faits.

Le système veineux est souvent atteint : hémorrhoïdes et varices sont fréquentes en pareil cas. M. Verneuil insiste depuis longtemps sur les rapports de l'arthritisme et des dilatations variqueuses, et un de ses élèves a soutenu, il y a quelques années, une thèse sur ce sujet (Moreau, thèse de Paris, 1877). Mais l'auteur a le tort, selon nous, de comprendre le rhumatisme articulaire aigu dans la *diathèse articulaire* et de ranger cette maladie parmi les causes des varices.

Les lésions des artères sont encore plus fréquentes. C'est chez les herpétiques, et non pas chez les alcooliques, qu'il faut rechercher l'*athérome artériel*. Sur 165 observations, nous le trouvons signalé 105 fois ; ce chiffre est assez significatif. Les artères sont larges, variqueuses, dures ; elles contiennent des dépôts athéromateux dans leurs parois, et leur tunique interne est fréquemment striée de plis transversaux. Le pouls donne le tracé sphygmographique bien connu de l'athérome : l'aorte est souvent dilatée ; les bruits cardiaques sont sourds à la base et quelquefois on entend un souffle doux, caractéristique, de la lésion aortique, mais différent du souffle dur et râpeux de l'endocardite rhumatismale. De l'altération des artères dépendent les gangrènes des extrémités, les phénomènes d'ischémie cérébrale, les lésions rénales et d'autres troubles sur lesquels nous allons revenir.

Comme symptômes accessoires, nous signalerons le cercle sénile de la cornée qui peut apparaître de très bonne heure, la cataracte, etc..

Ces individus, ces herpétiques, pour nous servir de l'expression employée par M. Lancereaux, ne meurent pas comme tout le monde. On peut dire qu'ils meurent par l'encéphale, le rein ou le poumon.

Les artères cérébrales, déformées et rétrécies par l'athérome, peuvent ou s'oblitérer ou se rompre : de là, *ramollissement* ou *l'hémorrhagie cérébrale*, deux accidents ultimes qui ne sont, en somme, que la conséquence de l'athérome. A l'autopsie, on trouve, même chez ceux qui ont succombé à d'autres lésions, les artères encéphaliques malades, la substance céré-

brale atrophiée, creusée de lacunes, le liquide céphalo-rachidien abondant, les granulations de Pacchioni saillantes.

La *néphrite interstitielle* est très fréquente et elle paraît liée également à l'altération artérielle. Le rein est petit, moins régulièrement granulé que dans les néphrites goutteuse ou saturnine, et présente à sa surface de larges dépressions irrégulières ou étoilées ; à la coupe, on aperçoit à l'œil nu des artérioles dilatées.

Enfin, le poumon finit lui-même par éprouver de graves désordres. L'emphysème, la bronchite chronique, sont des accidents presque constants ; mais, de plus, on voit parfois se développer une *tuberculose* qui a des caractères spéciaux. D'abord, c'est la *phthisie des gens âgés* ; nous avons sous les yeux un tableau résumant 16 observations de tuberculose pulmonaire de cette catégorie ; le plus jeune de nos malades a 40 ans ; le plus vieux 65, et nous trouvons :

de 40 à 50 ans.	5 cas
de 50 à 60 ans.	9 cas
de 60 à 70 ans.	2 cas

Cette affection commence souvent par des hémoptysies et tend généralement à se localiser du côté droit. La marche est d'ordinaire lente, et la terminaison fatale peut n'arriver qu'après plusieurs années de maladie.

Le tableau suivant résume la fréquence des principaux symptômes que nous venons d'énumérer ; nous l'avons composé avec les faits observés pendant l'année et quelques-uns que nous avons retrouvés dans les observations anciennes de M. Lancereaux, observations d'autant plus valables qu'elles ont été prises sans aucune idée préconçue, l'attention n'étant pas appelée sur ces coïncidences. Ce tableau complète celui que M. Lancereaux a présenté au dernier Congrès de Londres :

Sur 165 malades :

Athérome artériel.	105 fois
Lésions articulaires	67 —
Bronchite et emphysème . .	59 —
Néphrite	54 —
Migraine	44 —
Calvitie précoce	32 —
Eruptions diverses	27 —
Hémorrhoïdes	22 —
Varices	19 —
Tuberculose pulmonaire . .	16 —

Quelle est la nature de cet état constitutionnel qui se révèle par tant de symptômes ? Ceux-ci sont ou des troubles de sensibilité : migraine, cuissons ; — ou des troubles de sécrétion : flux bronchique, nasal ; — ou des troubles de nutrition, troubles *trophiques*, qui affectent souvent une symétrie remarquable. Déjà on a de la tendance à mettre bon nombre d'éruptions sur le compte du système nerveux (1) ; n'est-ce point de ce côté qu'il faudrait chercher la cause de toutes les altérations que nous avons passées en revue ? Nous laissons à une plume plus autorisée que la nôtre le soin de discuter ce point intéressant de pathogénie. Nous nous contenterons d'ajouter que le médicament qui paraît avoir le plus d'efficacité dans ces circonstances, principalement lorsqu'il s'agit de combattre les lésions articulaires, est l'iodure de potassium donné à doses suffisantes.

(1) Cette question est traitée avec le plus grand soin dans un travail récent de notre excellent ami Leloir : *Recherches sur les affections cutanées d'origine nerveuse*. — Paris, 1882.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 juin 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

DES ACQUISITIONS SCIENTIFIQUES RÉCENTES CONCERNANT L'ÉTIOLOGIE ET LA PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA. Mémoire de M. A. Fauvel.

L'auteur commence par confirmer la communication qu'il a faite l'année dernière *Sur les Quarantaines à Suez*, en apportant de nouveaux faits à l'appui de l'efficacité des mesures prophylactiques contre l'importation du choléra en Europe.

Deux faits nouveaux sont venus, en 1882, confirmer cette efficacité.

Le premier est relatif à l'importation en Egypte de troupes indiennes, pour prendre part à l'expédition anglaise.

Il y avait d'autant plus à craindre que ces troupes n'apportassent le choléra avec elles, que les autorités anglaises de l'Inde soutenaient, malgré ce que nous avait appris l'expérience, que l'importation n'était pas à redouter quand le choléra ne régnait pas à l'état épidémique dans les foyers d'endémie.

Heureusement qu'en présence d'un intérêt aussi important que celui d'éviter l'introduction du choléra en Egypte, au moment de son expédition, le gouvernement anglais n'hésita pas à ne tenir aucun compte de la doctrine imaginée dans l'Inde, en vue d'un intérêt purement commercial, et à appliquer à ses troupes les mesures prophylactiques les plus sévères, grâce auxquelles elles arrivèrent en Egypte entièrement exemptes de choléra. L'armée anglaise et l'Egypte furent ainsi entièrement préservées de cette maladie.

Le second fait fut la contre-partie du premier. Peu de semaines après, un navire chargé de pèlerins, parti de Bombay, eut le choléra à bord dans son trajet jusqu'à Aden. Envoyé en quarantaine dans une île de la mer Rouge, le choléra y prit les proportions d'une épidémie ; d'autres navires de même provenance se rendirent directement à Djeddah, y débarquèrent leurs passagers, et bientôt le choléra éclata parmi les pèlerins, au moment de leur agglomération pour les fêtes du Courban-Baïram.

L'application immédiate des mesures de quarantaine, pratiquées l'année précédente, aux pèlerins revenant par mer en Egypte eut le même succès. Le choléra s'éteignit rapidement parmi eux et l'Egypte fut entièrement préservée.

Ces faits sont très significatifs, et le premier montre combien le gouvernement anglais fait peu de cas de la doctrine commerciale indienne, quand il a un intérêt majeur à n'en pas tenir compte.

Les acquisitions scientifiques récentes concernant l'étiologie et la prophylaxie du choléra portent à peu près exclusivement sur certaines questions d'immunité que les conférences de Constantinople et de Vienne avaient indiquées sans pouvoir les résoudre.

Trois grands faits ressortent des recherches de l'auteur à ce sujet :

1o L'*immunité générale* dont jouissent les *natifs* dans les ports de l'Inde où le choléra est endémique.

L'*immunité relative* observée parmi les populations du Hedjaz quand le choléra y règne parmi les pèlerins.

3o L'*immunité temporaire* est plus ou moins complète qui suit en tout pays une épidémie de choléra dans une localité quelconque.

A ces trois faits principaux se rattachent des conséquences secondaires dont la plus importante est qu'une épidémie grave de choléra ne se développe que là où la maladie n'est pas endémique et en devient en quelque sorte le *critérium*.

L'auteur expose les faits à l'appui de chacune de ces propositions.

Les considérations à l'appui de ces faits dans le Mémoire peuvent être résumées dans les propositions suivantes :

1o Les ports de l'Inde où le choléra est *endémique* ne sont jamais le théâtre d'une grande épidémie.

2o Ce fait tient à l'*immunité* générale dont jouit la population *native* de ces ports.

3o Cette immunité n'existe pas dans les foyers endémiques pour les étrangers à la localité, qui sont dans les conditions d'aptitude à contracter le choléra. Tels sont en particulier les pélerins musulmans qui viennent s'embarquer à Bombay pour se rendre à la Mecque.

4o Les épidémies de choléra qui se développent dans les régions de l'Inde où la maladie n'est pas endémique proviennent des foyers d'endémie et sont favorisées par les pélerinages hindous.

5o Les épidémies observées parmi les pélerins de la Mecque ont pour point de départ les foyers endémiques de choléra.

6o Une épidémie grave de choléra confère au pays ou à la localité qui en a été le théâtre une *immunité* plus ou moins complète et plus ou moins durable, dont il est impossible de formuler *la loi* pour l'Europe, mais qui, dans l'Inde, paraît avoir une durée de plusieurs années.

7o Dans le Hedjaz et, en général, dans les régions peu peuplées de l'Arabie, le choléra n'a qu'une faible tendance à se propager parmi la population autochtone.

8o Le fait d'une grande épidémie de choléra dans un pays quelconque est une preuve que le choléra n'y est point endémique.

9o La plupart des propositions exposées plus haut sont applicables à la *fièvre jaune* et probablement aussi à la *peste*.

10o Tout porte à comprendre dans cette même catégorie la fièvre typhoïde, autrement dit la *dothiénentérie*.

En somme, les faits nouvellement acquis à la science se rapportent à des questions d'*immunité* et les éclairent par un côté jusqu'ici méconnu. L'étiologie et la prophylaxie du choléra en particulier peuvent y puiser des indications nouvelles.

Ces règles, d'ailleurs, paraissent être l'expression d'une *loi qui embrasse toute une catégorie particulière de maladies pestilentielles, dues à un contage et laissant après elles une immunité plus ou moins durable.*

Plusieurs de ces propositions pourront être contestées, mais, comme elles s'appuient sur des faits irrécusables, l'auteur a la ferme confiance que l'avenir les ratifiera

Sur la localisation des virus dans les plaies et sur leur mode de dissémination dans l'organisme. Mémoire de M. G. Colin, présenté par M. Gosselin.

En résumé, les matières virulentes introduites dans les plaies s'y divisent en trois parts qui peuvent être très inégales. L'une d'elles s'attache aux tissus de ces plaies, à certains de leurs éléments anatomiques et aux liquides dont ils sont imprégnés ; elle s'y fixe momentanément et parfois d'une manière définitive: Celle-là donne lieu à la pustule vaccinale, à la pustule maligne, à l'ulcération morveuse ou farcineuse, etc. Elle établit sur place un foyer dans lequel elle se conserve pour se régénérer ou pour se détruire à la longue.

La seconde fraction du virus inséré dans la solution de continuité se répand par simple diffusion, indépendamment de toute absorption proprement dite, dans le tissu cellulaire environnant, sur une zone plus ou moins étendue suivant l'état anatomique des parties lésées. Elle peut y demeurer longtemps sans perdre ses propriétés. C'est elle qui donne lieu à l'œdème charbonneux, à certains œdèmes septiques survenant après des opérations graves, aux phlegmons, à l'érysipèle, car, à un moment donné, l'expérimentateur la retrouve soit intacte, soit régénérée et jouissant de toute l'activité qu'elle possédait lors de son insertion.

La troisième part de la matière virulente qui entre dans les voies de l'absorption se subdivise en deux fractions au moment même où elle est saisie. Celle que les vaisseaux sanguins prennent est nécessairement emportée à grande vitesse dans l'ensemble de l'organisme. Au contraire, la fraction admise dans les lymphatiques s'y déplace lentement, stagne dans les réseaux qu'elle irrite, s'arrête et s'accumule dans les ganglions, où elle crée de nouveaux foyers aptes à la conserver et à la régénérer, foyers qui jouent souvent un grand rôle dans le développement des accidents consécutifs aux inoculations.

Les proportions suivant lesquelles le partage des matières virulentes s'effectue sont subordonnées surtout aux propriétés physiques de ces matières et à l'état des tissus qui les reçoivent.

Les faits qui se rattachent à la répartition et à l'enlèvement des matières virulentes montrent que les cautérisations, pour être efficaces, doivent être plus ou moins promptes suivant les cas et atteindre non seulement la totalité du produit déposé dans la plaie, mais encore les parties virulentes déjà engagées dans l'épaisseur des lèvres de la solution ou entraînées dans les tissus voisins. La diffusion de la matière virulente dans le tissu cellulaire à une grande distance des plaies, la création de foyers ganglionnaires simples ou multiples dans lesquels cette matière se conserve et se régénère expliquent pourquoi les cautérisations tardives sont le plus souvent impuissantes à conjurer les effets des inoculations. Toutefois ces cautérisations tardives ne doivent pas être négligées, car elles peuvent détruire simultanément les particules virulentes encore retenues dans les anfractuosités des plaies ou infiltrées dans les lèvres de celles-ci. En outre, elles donnent lieu à une irritation vive des tissus, souvent à un travail de suppuration qui, l'un et l'autre, sont de nature à mettre obstacle à la régénération du virus conservé au foyer d'insertion.

Étude expérimentale des lésions de la moelle épinière, déterminées par l'hémisection de cet organe. Note de M. E.-A. Homén, présentée par M. Vulpian.

Dans les expériences pratiquées par l'auteur le plus souvent le rachis a été ouvert et la moitié de la moelle environ a été coupée dans la région des dernières vertèbres dorsales avec un bistouri approprié.

Les moelles ont été durcies dans le bichromate d'ammoniaque, puis dans l'acide chromique et enfin transportées dans l'alcool. Pendant la vie, on a principalement observé la motilité et la sensibilité, celle-ci par pincement, par pression et par irritation faradique entre les orteils. En général, les troubles de la motilité ont été plus marqués dans les premiers jours après l'opération ; peu à peu, en effet, ces troubles se sont le plus souvent atténués progressivement. Ces troubles du début sont sans doute le résultat de la commotion de la moelle, comme l'a pensé M. Vulpian. La différence dans le degré de sensibilité est, en général, difficile à observer ; ainsi il ne semblait pas exister une différence évidente entre les deux côtés quand la section était bornée à un côté de la moelle. Quand la section dépassait la ligne médiane, la sensibilité du côté sain paraissait notablement diminuée.

L'altération, plus prononcée dans la moelle dorsale, se trouvait encore dans la partie supérieure de la moelle cervicale. En bas, on pouvait la suivre jusqu'au renflement lombaire, dans la partie antéro-interne périphérique du cordon antérieur. Dans le cordon latéral, elle n'est pas si apparente. Elle offre les caractères suivants :

Dans un certain nombre de tubes dont quelques-uns semblent être un peu élargis, les cylindres-axes sont peu apparents. Dans les préparations colorées, ces cylindres-axes sont peu ou pas colorés. Quelquefois le cylindre-axe semble un peu grenu et brillant. La myéline est généralement intacte ; dans quelques-uns des tubes altérés, la partie de cette gaine, contiguë au cylindre-axe altéré, est aussi un peu grenue. Dans beaucoup de tubes, on trouve une masse centrale, faiblement colorée, beaucoup plus grande qu'un cylindre-axe ordinaire : dans quelques-uns d'entre eux au moins, elle était formée comme de deux couches concentriques, dont la périphérique était souvent plus faiblement colorée que le centre.

En somme, la *dégénération* porte d'abord sur le cylindre-axe, puis elle *atteint la myéline et enfin elle envahit la névroglie.*

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 19 juin 1883. — Présidence de M. Hardy.

Travaux présentés. — Un travail manuscrit sur le procédé opératoire de la sangsue, par M. Carlet, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble.—*De la folie à double forme, circulaire, alterne*, par M. le docteur Mordret (du Mans).—Un appareil spirométrique, par M. Georges Bellangé, interne des hôpitaux.—*Traité pratique de botanique*, par M. Ed. Lambert.—*Traité de physique médicale*, par MM. Larey et Ed. Desplats.—*Instruction populaire sur les causes et l'hygiène préventive du lymphatisme et de la scrofule chez les enfants*, par M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux).

— M. Bazile Féris lit une note sur son « Respirateur élastique » et présente l'appareil à l'Académie. Cet appareil a pour but de combattre la dyspnée chez les emphysémateux Partant de ce principe que l'oppression dans cette maladie est due à ce que sur certains points du poumon l'expiration complète est impossible par suite de la perte de l'élasticité des alvéoles, l'auteur a eu l'idée ingénieuse de remplacer par une élasticité artificielle l'élasticité organique perdue.

Son appareil ressemble presque complétement à un bandage herniaire double, et du reste, dit M. Féris, à l'hôpital il n'est pas nécessaire d'un instrument spécial, un simple bandage inguinal à une ou deux pelotes peut suffire. On fixe ces pelotes, un peu élargies et rembourrées, au sommet du thorax en avant. Et alors on voit ces parties qui étaient saillantes, en état de distension maximum, presque immobiles à chaque mouvement respiratoire et par conséquent inutiles à l'hématose, présenter un jeu de soufflet manifeste. L'expiration jadis impossible se faisant artificiellement par la pression élastique du ressort. Le professeur de Brest a employé son appareil avec succès chez onze emphysémateux.

En somme, le respirateur élastique de M. Bazile Féris est un appareil simple, facile à installer et qui produit dans tous les cas un soulagement immédiat et permanent de la dyspnée de l'emphysème.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. La commission classe les candidats dans l'ordre suivant:

En première ligne, M. Siredey; — en deuxième ligne, M. Ball; — en troisième ligne, M. Cadet de Gassicourt; — en quatrième ligne, M. Bouchard.

Le nombre des votants étant de 83, majorité 42, M. Ball obtient 44 suffrages, M. Siredey 34, M. Cadet de Gassicourt 4, M. Bouchard 1.

En conséquence, M. Ball ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Méhu propose le rejet de l'article 3 des conclusions de la commission; il estime que chaque commune doit rendre ses déchets inoffensifs avant de les exposer sur le territoire des communes voisines.

M. Rochard fait un rapport complémentaire au sujet des amendements présentés par M. Léon Le Fort dans la dernière séance et qui avaient été renvoyés à la commission. Tout en faisant des réserves, comme les modifications proposées par M. Le Fort ne s'éloignent pas assez sensiblement du texte de la commission pour qu'elle ne puisse les accepter, elle propose de substituer la rédaction suivante à celle qu'elle avait primitivement soumise à l'Académie.

A l'occasion des considérations étiologiques :

« 4o La présence autour de Paris de certains dépotoirs ou dépôts de voirie trop rapprochés de la ville, et dans lesquels toutes les précautions indiquées par la science et prescrites par les règlements ne sont pas prises. »

Plus loin, au sujet des propositions à soumettre au ministre, au lieu de demander l'éloignement des dépotoirs, la commission propose d'exprimer le vœu suivant :

« 3o Faire observer les règlements concernant l'éloignement des dépotoirs et des dépôts de voirie, et veiller à la stricte exécution des mesures prescrites pour que leurs émanations ne puissent nuire. »

Enfin M. Léon Le Fort propose d'ajouter à la quatrième conclusion la phrase suivante :

« Repousser le projet de verser à l'égout les matières liquides et solides; cette mesure, dans l'état actuel des choses, à Paris, sans une canalisation parfaitement étanche, sans une déclivité suffisante des pentes et sans une irrigation abondante de tout le réseau d'égouts, ne pouvant qu'être des plus dangereuses pour la santé publique. »

La commission, dit M. le rapporteur, ne pense pas que l'Académie puisse trancher ainsi par un simple vote une question aussi controversée, aussi brûlante que celle-là, et qui l'exposerait au reproche d'intervenir, sans y être invitée, dans une question dont le gouvernement se préoccupe et qu'il a prise en main.

Voilà quatorze ans que cette question est à l'étude. A la fin de 1879, le Conseil municipal s'en empara sur la proposition du directeur des travaux de Paris et du préfet de la Seine, et après une étude approfondie au sein de la sixième commission, après une discussion qui dura plusieurs séances, il se prononça, par une délibération du 23 juin 1880, pour l'écoulement des matières fécales à l'égout et l'épuration des eaux d'égout par leur répandage sur le sol.

Quelques mois après, le 28 septembre 1880, le ministre de l'agriculture et du commerce a nommé une commission pour s'occuper du même sujet, et cette commission s'est prononcée contre l'adoption de ce système.

La lutte entre les partisans et les adversaires de « tout à l'égout » s'est propagée aux Sociétés savantes, à la Société de médecine publique, au Congrès de Genève, etc.

Enfin, pour trancher la question, le préfet de la Seine, par un arrêté du 25 octobre 1882, a nommé une commission dont il a pris la présidence et qui se compose de 37 membres, parmi lesquels figurent six membres de l'Académie de médecine : MM. Bouley, Fauvel, Brouardel, Proust et Léon Colin. Cette grande commission travaille depuis sept mois; elle s'est pourvue de tous les moyens d'enquête qu'elle peut désirer; les ingénieurs de la ville, les documents originaux, les pièces officielles sont à sa disposition. Elle a les fonds nécessaires pour se livrer à ses recherches et pour les étendre à toutes les localités où elle croit pouvoir se renseigner utilement. Cette commission poursuit son œuvre et M. le rapporteur pense que l'Académie doit attendre les résultats de cette grande enquête pour évoquer la question si elle le juge convenable.

La trancher par un vote, sans discussion, sans examen préalable, serait encourir le reproche de légèreté.

Commencer une enquête à côté de la commission officielle, sans disposer de ses ressources, de ses documents, des lumières des gens du métier, serait faire une œuvre au moins inutile et mériter le reproche de vouloir contrôler l'action des pouvoirs publics, de s'immiscer dans des questions qui ne sont pas du ressort de l'Académie.

En conséquence, la commission propose de remettre à d'autres temps la question des vidanges à l'égout et de voter la conclusion un peu incolore, mais nullement compromettante, qu'elle a déjà soumise à l'Académie.

M. Léon Le Fort dit qu'il aurait mauvaise grâce à combattre les conclusions de la commission qui a bien voulu adopter les amendements qu'il a proposés. Il se bornera donc, en ce qui concerne

la question du système de « tout à l'égout », à demander que l'Académie ne garde pas complétement le silence sur un sujet si important. L'Académie, qui traite la question à un point de vue purement médical, ne saurait être blâmable de poser en principe que, dans l'état actuel de l'organisation de notre système d'égouts qui manque d'une déclivité, d'une perméabilité et d'une irrigation suffisantes, l'écoulement des matières fécales sur la voie publique avec un pareil système peut contribuer à l'éclosion et à la propagation des miasmes de la fièvre typhoïde.

M. Brouardel, tout en partageant, à beaucoup d'égards les opinions que vient d'exprimer M. Le Fort, ne pense pas qu'il soit opportun pour l'Académie d'adopter la proposition de son collègue. Il ne serait pas bon que, sans avoir pris connaissance des résultats de l'enquête qui se poursuit actuellement, elle intervînt brusquement, au risque d'être accusée d'irréflexion.

Les ingénieurs dont se compose la commission nommée par le ministre de l'agriculture et du commerce ont proposé des améliorations importantes au système des égouts, au mode d'écoulement des matières, à leur transformation ou à leur utilisation.

Toutes les parties d'un système se tiennent, et il ne serait pas logique que l'Académie touchât à une de ses parties au risque d'en troubler l'économie tout entière. M. Brouardel est donc d'avis de laisser en suspens une question qui demande à être soumise à une discussion particulière et approfondie ; il déclare se rallier complétement à la proposition de M. Rochard de passer sous silence la question des égouts.

M. Trélat partage l'opinion de M. Brouardel ; comme lui, il est d'avis que dans un problème dont toutes les parties sont liées entre elles, l'Académie n'intervienne pas au risque de présenter des solutions partielles qui ne cadreraient pas avec l'ensemble. Les défectuosités du système actuel de nos égouts ne sont pas aussi grandes que veut bien le dire M. Le Fort. Leur pente n'est pas inférieure à celle de beaucoup de nos grandes villes étrangères ; ils sont de bonne forme, construits avec d'excellents matériaux. La seule chose qui laisse à désirer, c'est la quantité d'eau destinée à l'irrigation et à l'entraînement des matières dans les canaux de ces égouts. M. Le Fort a dit que l'insuffisance de l'eau tenait à la cherté de ce liquide. Suivant M. Trélat, ce n'est point parce que l'eau coûte cher par elle-même que les propriétaires des maisons en sont avares, c'est parce qu'elle coûte épouvantablement cher à enlever. L'eau qui aura monté par des tuyaux et redescendu par d'autres, où va-t-elle tomber définitivement ? Dans des fosses fixes : sur 75,000 maisons à Paris, il y en a 15,000 seulement qui ont des fosses mobiles et 60,000 qui ont des fosses fixes. Or, avec le système des fosses fixes, le mètre cube d'eau qui a coûté 30 centimes avant d'être utilisé pour les usages domestiques ou autres, revient à 7 francs quand il s'agit de l'enlever de ces fosses où elle a été finalement rejetée. Telle est la cause, suivant M. Trélat, de l'insuffisance de l'eau destinée à l'irrigation des égouts.

M. Trélat appuie donc les propositions de MM. Rochard et Brouardel, contrairement à celle de M. Léon Le Fort.

M. le Président met aux voix les amendements proposés par M. Le Fort et acceptés par la Commission. Ces amendements sont adoptés.

Quant à la conclusion relative aux égouts, la Commission croit pouvoir faire droit à ce que la proposition de M. Léon Le Fort renferme de juste, en ajoutant à sa troisième conclusion les mots suivants : « Réparer les égouts qui sont en mauvais état, *tout en réservant la question du meilleur mode de vidange.* » Cette conclusion est également adoptée.

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juin 1883. — Présidence de M. Guéniot

M. Tillaux dépose sur le bureau, de la part de l'auteur, un ouvrage sur *les Propriétés médicales et hygiéniques du cidre*, par M. Denys Dumont (de Caen).

— Trépanation du crane. — M. Perrin, à propos du procès-verbal, cite une observation de trépanation chez un syphilitique.

Un homme de quarante ans, de constitution robuste, entre en 1878 à l'hôpital du Val-de-Grâce, en présentant les symptômes suivants : démarche incertaine, parésie du côté droit, parésie faciale, amnésie ; saillie volumineuse et diffuse de la région frontale gauche ; au centre de cette saillie, il existe une dépression au fond de laquelle est une fistule ; écoulement purulent par la narine droite ; exostose du bras droit.

Comme antécédents, cet homme avait reçu en 1854 une balle morte sur le côté droit du front ; cet accident fut sans conséquences, sauf un peu de céphalalgie apparaissant irrégulièrement.

En 1865, pendant la campagne du Mexique, il contracta la syphilis. En 1869, la céphalalgie devenant très violente, le malade consulta Nélaton, qui fit une incision au front et retira plusieurs séquestres. A la suite de cette opération, il eut une hémiplégie droite passagère ; la céphalalgie diminua beaucoup. En 1878, la céphalalgie réapparut, et en même temps le malade devint morose, excitable ; puis survinrent des phénomènes intellectuels : il oubliait l'orthographe de certains mots, et enfin il fut pris brusquement de l'impossibilité d'articuler un mot. C'est à ce moment qu'il entra dans le service de M. Perrin, qui le soumit à un traitement antisyphilitique, par le mercure et l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement, l'exostose du bras droit disparut rapidement, mais les troubles cérébraux ne firent que s'accroître. C'est alors que M. Perrin se décida à faire l'opération ; il appliqua quatre couronnes de trépan et mit à nu huit centimètres carrés de dure-mère ; celle-ci étant saine, on n'alla pas plus loin, et l'on fit un pansement à l'alcool. A la suite de cette opération, toute trace de paralysie disparut, l'embarras de la parole s'améliora en partie, mais non complétement. Il quitta l'hôpital, et, au bout de quelque temps il retomba dans le même état. M. Le Dentu, qui le vit alors, lui redonna le traitement par le mercure et l'iodure de potassium ; l'amélioration marcha très rapidement et très régulièrement, et actuellement le malade est parfaitement guéri, à part un peu de céphalée qui apparaît par moments et qui cède rapidement à l'iodure de potassium.

M. Perrin se demande quelle part il faut donner dans la guérison au traitement antisyphilitique et quelle part revient à la trépanation. Il est porté à penser que cette dernière opération a agi sur le cerveau, de telle sorte qu'il l'a placé dans des conditions favorables pour que le traitement antisyphilitique agisse sur lui.

M. Desprès pense que ce malade aurait guéri sans aucun traitement et par le temps seul ; car les manifestations cérébrales de la syphilis guérissent, quelle que soit la médication employée, par le fait seul qu'elles arrivent, après une certaine évolution, à leur période de curabilité.

M. Lucas-Championnière n'a jamais vu guérir aucune syphilis cérébrale par le temps seul. Il pense que chez le malade de M. Perrin la trépanation, en modifiant la pression intra-crânienne, a mis le cerveau dans des conditions favorables qui n'existaient pas avant l'opération, et qui ont permis au traitement, d'abord inefficace, d'avoir de bons résultats.

M. Horteloup ne partage nullement l'opinion de M. Desprès sur la guérison spontanée des syphilis cérébrales. Mais dans celles-ci il faut distinguer deux sortes de lésions, les unes purement syphilitiques et qui guérissent par le traitement, les autres, d'ordre commun quoi que consécutives à la syphilis, contre lesquelles le traitement est impuissant.

M. Sée pense que l'opération pratiquée par M. Perrin a été pour beaucoup dans le résultat ultérieur du traitement, et il faut peut-être admettre que l'inflammation occasionnée par elle a amené une circulation plus active qui a favorisé les échanges.

M. Trélat rappelle deux faits dans lesquels la syphilis cérébrale,

loin d'évoluer vers la guérison, a emporté les malades. L'un se rapporte à un médecin mort il y a trente ans; l'autre à une jeune femme qui, après avoir contracté la syphilis de son mari, mourut après deux attaques de paralysies successives et rapprochées.

—GANGRÈNE DES DEUX PIEDS, AMPUTATION. — M. CHAUVEL lit un rapport sur une observation de M. Demmler, intitulée : *Gangrène des deux pieds chez un cachectique paludéen, glycosurie concomitante, amputation des deux pieds, guérison.*

Le sujet est un homme de 51 ans. On fit d'abord l'amputation de la jambe gauche, puis celle de la jambe droite. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que la quantité de sucre très grande primitivement, a diminué notablement après la première amputation pour disparaître tout à fait après la seconde amputation.

M. BAZY lit un mémoire sur l'*intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme.*

Dr HENRI BASTARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mai 1883. — Présidence de M. MILLARD.

FIÈVRE PUERPÉRALE.—Après la lecture du procès-verbal, M. le docteur MOUTARD-MARTIN demande la parole à l'occasion des communications de MM. Roques et Rendu sur deux femmes mortes d'accidents puerpéraux, pour faire remarquer que la première de ces deux femmes, tombée malade, aurait dû être évacuée du service d'accouchements.

Il lit, à cet effet, le passage suivant extrait des Rapports et Documents officiels sur la réorganisation du service des accouchements dans les hôpitaux de Paris et chez les sages-femmes agréées (1).

« L'article 2 est ainsi conçu : Chaque service spécial d'accouchement se compose : 1o d'une ou plusieurs salles de femmes enceintes ou en couches, renfermant un nombre de lits en rapport avec les besoins de la circonscription hospitalière ; 2o d'un service d'isolement pour les femmes en couches malades.

» M. MOUTARD-MARTIN dit qu'il n'est pas admissible que les services d'isolement fassent partie des services d'accouchement proprement dits. Les accouchées malades doivent sortir des mains de l'accoucheur pour être confiées à celles des médecins. Il y a là une séparation importante à faire : services d'accouchement aux accoucheurs ; services d'isolement, pour les accouchées malades, aux médecins. C'est, du reste, ce qui se pratique à la Maternité. Il demande la modification de cet article qui, selon lui, doit énoncer clairement que les accouchées tombant malades seront transportées dans un pavillon d'isolement ou dans un service ordinaire de médecine, et confiées à un des médecins de l'hôpital.

L'article 2 est modifié en ce sens et arrêté ainsi qu'il suit :

« Art. 2. — Chaque service spécial d'accouchement se compose d'une ou plusieurs salles de femmes enceintes ou en couches. Les accouchées tombant malades dans le service spécial seront transportées dans un pavillon d'isolement ou dans un service ordinaire de médecine et confiées à un des médecins de l'hôpital. »

Les accoucheurs ne doivent donc, en aucun cas, conserver dans leurs services des femmes malades ; dans le fait en discussion, l'accoucheur qui a gardé une femme atteinte de fièvre puerpérale a été coupable.

M. MILLARD donne, à propos de cette même communication, lecture d'une lettre de M. BUDIN qui, en l'absence de M. Ribemont, empêché, avait été appelé dans le service d'accouchements de l'hôpital Tenon. C'est à la suite de plusieurs applications de forceps, faites tant en ville qu'à l'hôpital, que M. Budin pratiqua la craniotomie pour délivrer la femme. Celle-ci succomba sept jours après à des phénomènes de péritonite.

En présentant les pièces anatomiques de cette femme, « M. Rendu, dit M Budin, a commis une erreur profonde, lorsqu'il ajoute que cette femme a succombé à une rupture de l'utérus. J'oppose à cette assertion une dénégation formelle et je demande la formation d'une commission d'enquête. »

M. Millard déclare que le Bureau et le Conseil de famille de la Société n'ont pas jugé utile de constituer une commission ; ils ont pensé qu'il suffirait d'ouvrir la discussion dans les formes ordinaires.

M. RENDU répond qu'il était loin de penser que sa communication aurait pu soulever des récriminations, car il n'avait exposé que des faits, sans commentaire, et sans porter aucune accusation ; son but avait été de montrer le danger qu'il y avait à laisser des femmes récemment accouchées en contact avec une femme malade. « Je n'ai pas créé, dit-il, la perforation pour le besoin de la cause, et, ne voulant accuser personne, j'ai eu le soin de dire que cette femme avait été d'abord entre les mains d'un médecin de la ville, puis d'un interne de l'hôpital, avant d'être accouchée par M. Budin. Lequel des trois a fait la perforation ? Je l'ignore, toujours est-il qu'elle a été faite de dedans en dehors. Je regrette vivement d'avoir pu froisser M. Budin ; je n'en avais nullement l'intention. »

M. BLACHEZ ajoute que M. Budin, appelé seulement pour un cas d'urgence, s'est borné à pratiquer l'opération en question ; il ne saurait donc être incriminé du maintien de la malade dans le service.

PSEUDO-PARALYSIE SYPHILITIQUE. — M. ROQUES communique une observation à peu près semblable à celle qui a été présentée par M. Millard.

Il s'agit d'un enfant né à terme, parfaitement sain, et qui, au bout de quelques jours, présentait une éruption pemphigoïde de nature syphilitique et d'origine héréditaire. Le père niait avoir eu la syphilis ; la mère, examinée, n'en présentait aucune trace.

Néanmoins le sirop de Gibert et l'iodure de potassium furent prescrits, et un mois plus tard l'enfant était guéri. Le traitement fut encore continué pendant quinze jours. Tout à coup, deux mois plus tard, l'on s'aperçut que l'enfant avait le bras gauche tuméfié, qu'il ne pouvait plus le remuer ; quatre jours après, l'épaule droite était prise à son tour. Il s'agissait d'une pseudo-paralysie syphilitique ; la maladie guérit parfaitement sous l'influence du traitement par le sirop de Gibert prescrit de nouveau. Cet enfant a aujourd'hui deux ans et demi et va très bien.

Quant au père, bien qu'il ait toujours nié avoir contracté la syphilis, il est nécessaire de dire qu'il avait eu une vie de garçon très accidentée et qu'il s'était marié très tard. Quelque temps après les premiers accidents constatés chez son enfant, son caractère s'était modifié, des phénomènes de paralysie générale des plus nets étaient survenus, et il succombait au bout de huit à dix mois, sans que le traitement antisyphilitique auquel il avait été soumis ait produit aucun effet appréciable.

FIÈVRE TYPHOÏDE ET BAINS FROIDS. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ ne veut pas rentrer dans la discussion de la fièvre typhoïde, mais il fera remarquer que la statistique de M. Féréol (2 morts par pneumonie sur 6 cas) est si peu encourageante qu'elle doit porter à conclure contre la méthode de Brand. Du reste, cette méthode est inapplicable dans les hôpitaux où les malades arrivent alors que la fièvre typhoïde est déjà déclarée.

Quant à la cure des congestions viscérales par le refroidissement lent et continu, c'est là un fait absolument opposé à la tradition médicale, la pathogénie de toutes les congestions dépendant d'un refroidissement brusque ou lent. D'ailleurs, les faits cliniques rapportés par M. Dumontpallier sont trop peu nombreux encore ; on pourrait leur opposer ceux de M. Féréol dont les malades mou-

(1) Paris, 1878-1882.

raient de pneumonie, tandis que ceux de M. Dumontpallier guérissaient.

En résumé et jusqu'à nouvel ordre, il ne paraît pas démontré que la réfrigération extérieure puisse guérir les congestions viscérales.

M. Féréol répond que la pneumonie dans la fièvre typhoïde n'est pas aussi rare que paraît le croire M. Dujardin-Beaumetz. Les deux cas de mort qu'il a rapportés sont certainement émotionnants; certainement aussi la méthode de Brand est difficile à appliquer dans toute sa rigueur dans les hôpitaux; néanmoins, ce ne sont pas là des motifs suffisants pour la faire rejeter.

M. Ed. Labbé a commencé à employer, il y a six ans, un procédé de réfrigération présentant quelque analogie avec celui de M. Dumontpallier, c'est-à-dire des cataplasmes de farine de lin saupoudrés de glace râpée, que l'on renouvelait toutes les deux heures, pendant douze heures chaque jour. Il n'a jamais observé pendant ce temps un seul cas de congestion pulmonaire de nature inflammatoire. Bien plus, des congestions ainsi traitées se sont dissipées assez promptement.

Carie des cartilages aryténoïdes. — M. Gouguenheim présente les pièces anatomiques d'un individu mort de phthisie aiguë avec des symptômes de fièvre typhoïde. Il était complétement aphone. L'autopsie a démontré qu'il ne s'agissait pas de fièvre typhoïde, mais de tuberculose. De plus, on a constaté une carie des cartilages aryténoïdes, une ulcération double des cordes vocales, lesquelles étaient presque complétement détruites, des ulcérations du bord libre de l'épiglotte, ainsi que de l'infiltration tuberculeuse des replis aryténo-épiglottiques.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Varèle.

FORMULAIRE

Glycérine aromatique alcoolisée, comme succédané de l'huile de foie de morue, dans la phthisie pulmonaire.

(Jaccoud).

Rec. Glycérine............ 40 grammes.
Rhum ou cognac....... 10 —
Essence de menthe... une goutte.

M. s. a. — A prendre en deux ou trois fois, dans le courant de la journée, au moment ou dans l'intervalle des repas.

Ce mélange est agréable au goût, facile à digérer, et il n'amène ni âcreté ni dégoût, même après plusieurs mois d'usage non interrompu. Le professeur Jaccoud conseille d'y avoir recours chez les phtisiques, chaque fois qu'on est obligé d'interrompre l'usage de l'huile de foie de morue.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Du traitement de la péritonite aigue, par le docteur L. Debraud (Thèse de Paris, 1882).

Sous le nom de *péritonite aiguë*, l'auteur comprend tous les états inflammatoires du péritoine qui ne sont pas encore passés à l'état chronique et dont l'issue ne met que quelques jours à se décider. Cette définition a le mérite d'être *large* et de s'appliquer à toutes les variétés d'inflammation aiguë du péritoine, quelle que soit leur cause, qu'elles soient primitives ou secondaires, généralisées ou partielles. D'ailleurs les mêmes considérations thérapeutiques sont applicables aux unes et aux autres. Or, parmi les nombreuses médications qui ont été successivement préconisées dans le traitement de cette maladie, il en est un certain nombre qui sont encore usitées couramment aujourd'hui, et l'auteur consacre à chacune d'elles un court chapitre dans lequel il expose brièvement leurs avantages et leurs inconvénients. Après avoir reconnu, avec la plupart des médecins, l'influence favorable du repos qu'il considère même comme la condition fondamentale et *sine quâ non* du traitement, il discute la valeur de la médication mercurielle, puis celle des émissions sanguines.

Les mercuriaux ont été fort en honneur à une certaine époque où l'on attribuait volontiers au mercure une influence *résolutive* spéciale contre toutes les inflammations, quels que fussent leur nature et leur siége. Cependant cette influence est très contestable et, fût-elle même démontrée, elle ne serait pas toujours suffisante pour contrebalancer les accidents de mercurialisme aigu auxquels on expose les malades. Cette dernière considération explique sans doute la défaveur dans laquelle les mercuriaux sont tombés aujourd'hui, nonobstant l'autorité des maîtres, tels que Trousseau, Velpeau, etc.

Les émissions sanguines ne méritent pas les mêmes reproches et leur utilité est hors de doute, particulièrement dans les péritonites qui s'accompagnent de phénomènes inflammatoires et douloureux très prononcés. L'auteur repousse la saignée générale, dont l'influence, suivant lui, est trop débilitante, et il accorde la préférence aux émissions sanguines locales, pour lesquelles il recommande les sangsues dont l'application est moins douloureuse que celle des ventouses scarifiées. Dans tous les cas, l'état de faiblesse habituel des malades commande une extrême modération dans le nombre et l'abondance de ces émissions sanguines.

L'association de la *glace et de l'opium* constitue une troisième méthode à laquelle M. Debraud n'hésite pas à donner la préférence. Il fait remarquer seulement, en ce qui concerne l'opium, que ce médicament, pour être efficace, doit être donné à très hautes doses, jusqu'à 30 et 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures. C'est à cette condition seulement que l'on pourra en retirer son maximum d'effet, et il n'y a pas lieu, malgré la quantité relativement très considérable du médicament, de craindre les phénomènes d'intoxication, car la tolérance semble singulièrement favorisée par l'état de dépression où la péritonite jette l'organisme. Cette particularité a été constatée depuis longtemps, et l'expérimentation sur les animaux donne ici des résultats conformes à ceux de l'observation clinique. L'application locale du froid constitue aussi un excellent moyen, surtout au début de la période inflammatoire, comme l'ont montré les recherches de Béhier, qui a institué le premier ce mode de traitement de la péritonite.

Quelques considérations sur le traitement chirurgical font l'objet du dernier chapitre où l'auteur examine et critique la valeur de certaines méthodes, entre autres celle des injections d'eau tiède dans la cavité péritonéale, méthode appliquée par certains chirurgiens plus hardis que sages, dans le but de diminuer l'acuité du *processus phlegmasique* par un véritable lavage de la cavité séreuse. Malgré les résultats en apparence favorables produits par l'expérimentation sur les animaux et malgré les faits cliniques qui montrent la tolérance extrême, dans certains cas, du péritoine à la suite du contact de liquides irritants, il ne semble pas que cette méthode soit destinée à prendre rang dans le traitement de la péritonite. Quant à l'intervention chirurgicale proprement dite, c'est-à-dire l'ouverture directe du péritoine dans les cas où la phlegmasie de

cette membrane passe à la suppuration, elle ne doit être tentée que dans des cas très rares, et on doit plutôt la réserver pour la péritonite enkystée, où cette terminaison se rencontre plus fréquemment. Les chirurgiens d'outre-Rhin qui ont voulu étendre cette méthode à toutes les variétés d'inflammation de la séreuse abdominale ont fait preuve de plus de témérité que de sens pratique.

VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE. — DES RAPPORTS DU POULS ET DE LA TEMPÉRATURE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par le docteur MALHERBE.

Ce travail consciencieux, dont l'auteur a recueilli les matériaux dans le service de M. le professeur Hardy, est fondé sur deux séries d'observations dans lesquelles la marche de la température et les caractères du pouls ont été notés jour par jour, comme l'indique l'examen des tracés qui accompagnent chaque observation. Les conclusions qui s'en dégagent n'ont peut-être pas encore une valeur absolue, et M. Malherbe y fait lui-même ses réserves, en raison du petit nombre de faits qui ont servi à les étayer. Et pourtant elles permettent déjà d'entrevoir le parti que l'on pourrait tirer de la comparaison de ces phénomènes, que l'on n'avait guère étudiés jusqu'ici qu'à l'état isolé.

— Ainsi, d'après M. Malherbe, dans la fièvre typhoïde, la fréquence du pouls n'est pas toujours proportionnelle à l'élévation de la température; on voit assez souvent le chiffre thermique augmenter sans que le pouls accuse une modification parallèle, et inversement le pouls peut offrir une accélération momentanée considérable, sans élévation correspondante du chiffre thermique. D'un autre côté, si le pouls reste peu fréquent et la température élevée au début d'une affection fébrile, on doit songer à une fièvre typhoïde. En revanche, le pronostic peut être modifié très diversement par l'examen comparatif des courbes de la température et du pouls. Il ne peut être considéré comme fâcheux, par exemple, si le pouls reste entre 80 et 90 pulsations dans le cours de la maladie, alors même que la température s'élève à plus de 40° et même de 41°. Il est grave, au contraire, si la fréquence du pouls augmente en même temps que la température s'élève à plus de 40 ou 41°. Il en est de même dans une circonstance pour ainsi dire inverse, c'est-à-dire quand la température s'abaisse brusquement, alors que le pouls augmente de fréquence.

Ajoutons enfin, comme dernière conclusion générale à tirer des observations, que le parallèle entre les oscillations diverses est sujet à de nombreuses modifications dont il n'est pas toujours facile de saisir la raison d'être ni la portée.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, par le docteur H. BLAISE (de Montpellier).

Ce sont les faits pathologiques, plus encore que les expériences sur les animaux, qui ont servi à édifier la connaissance des localisations cérébrales, et c'est à l'observation clinique surtout que nous devons les quelques notions précises et vraisemblablement définitives, que nous possédons aujourd'hui sur ce sujet. Aussi doit-on savoir gré aux observateurs qui, mettant à profit l'expérience de chaque jour, ne négligent aucun des faits pouvant servir à étendre ces notions et à éclairer ce côté encore bien obscur de la pathologie cérébrale.

A ce titre, le mémoire de M. Blaise apportera un appoint utile à l'étude des localisations fonctionnelles des différentes parties de l'encéphale. Il repose, en effet, sur le chiffre respectable de dix observations, toutes suivies d'autopsie et entourées dès lors de toutes les garanties suffisantes. Quelques-unes de ces observations présentent un grand intérêt, mais nous ne pouvons les résumer, et d'autre part leur petit nombre ne permet pas d'en tirer de conclusions générales, applicables actuellement à la théorie des localisations cérébrales. Ce ne sont que des faits partiels, isolés, qui ont au moins l'avantage de confirmer quelques-unes des notions acquises.

Dr P. MUSELIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PRÉCIS DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE
Par le docteur PAUL DECAYE. — Paris, J.-B. Baillière, 1882

Résumer, sous forme de précis, la thérapeutique chirurgicale est une œuvre d'une certaine hardiesse.

En effet, ce n'est que par l'étude approfondie des symptômes, de l'étiologie et de toutes les données que nous fournit la clinique que le chirurgien est conduit à la détermination thérapeutique.

Il semble donc bien difficile d'admettre qu'on puisse entrer d'emblée sur le terrain thérapeutique sans traiter des indications.

Quoi qu'il en soit, et tout en reprochant quelque peu à M. Decaye de ne pas toujours s'être inspiré des données les plus récentes de la chirurgie, nous sommes heureux de dire que l'auteur s'est souvent acquitté avec bonheur de la tâche qu'il s'était imposée, et que son modeste ouvrage constitue un utile *vade mecum* que les praticiens, surtout à la campagne, pourront consulter avec profit.

ÉTUDES SUR LE CANCER, par le docteur BOUCART, ancien professeur à l'université de Bruxelles, etc. Bruxelles, 1882. — Un fort volume de 290 pages.

Cet ouvrage important, basé sur 124 observations, constitue un chaud plaidoyer en faveur de l'exérèse non sanglante dans le traitement du cancer en général et de celui de la mamelle en particulier.

Cette méthode, certes, est bien jugée en France.

Pour le chirurgien français, elle ne saurait être une méthode de choix, mais elle reste comme une ressource exceptionnelle applicable à certains cas, trop rares dans la pratique journalière, où le cancer est bien limité et ne s'accompagne pas encore de généralisation ganglionnaire, et chez des malades pusillanimes.

Nous ne parlons, bien entendu, que de la cautérisation employée comme méthode radicale.

Même dans ces cas, ainsi qu'il ressort de l'enseignement et de l'expérience de nos maîtres, cette méthode est encore inférieure à l'exérèse sanglante, pour les raisons que chacun sait.

Quoi qu'il en soit, nous serions reconnaissant à l'auteur d'avoir instruit le procès d'une méthode tombée en discrédit chez nous et reléguée aux mains des empiriques, s'il n'avait lancé contre l'Ecole de Paris des accusations peu fondées et dont il se sert néanmoins pour appuyer sa thèse.

Nous ne le reprendrons pas une à une, mais nous les rejetons comme contraires à l'esprit de l'Ecole chirurgicale française, et si, comme nous le croyons, la bonne foi de l'auteur a pu être surprise par la lecture trop hâtive des écrits de nos maîtres, nous l'engageons à s'y reporter à nouveau, pour les mieux comprendre et les mieux juger.

DU DRAINAGE DES PLAIES DANS LA CHIRURGIE ANTISEPTIQUE, par le docteur DEJACE.
(Extrait des ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE, 1882).

Montrer l'inutilité du drainage dans la chirurgie antiseptique est le but de M. Dejace.

Que cette manœuvre soit délicate, qu'on doive laisser le drain

aussi peu que possible, je n'en disconviens pas, et tous les chirurgiens sont du même avis.

Mais vouloir supprimer le drain, c'est là un conseil dangereux, qu'une observation portant sur six cas ne permet pas de justifier.

Du reste, l'auteur ne dit-il pas que la sérosité sortait par la ligne de suture et croit-il qu'il ne vaut mieux lui donner une orifice de sortie que de l'exposer ou à rester dans la plaie et y donner de la tension ou à sortir par la ligne de suture qu'elle tend à disjoindre?

Traité élémentaire de pathologie externe, par Follin et Duplay, tome VIe, fascicule 4. —Paris, Masson, 1883.

Ce fascicule termine le sixième volume et contient les maladies des reins et de la vessie.

Nous n'avons pas à faire l'éloge d'un livre depuis si longtemps connu du public; nous nous contenterons de dire que l'éminent professeur a particulièrement soigné ce chapitre des voies urinaires, dont il a fait cette année le sujet de son enseignement magistral à la Faculté.

Manuel de pathologie chirurgicale, par Jamain et Terrier, tome IIIe, 1er fascicule. — Paris, Germer-Baillière, 1883.

Ce fascicule contient les maladies de la conjonctive, de la cornée, de l'iris, de la choroïde, du cristallin et de la rétine.

L'auteur a mis un soin particulier à rédiger cette partie de la pathologie, dans laquelle il est si compétent.

Nous retrouvons dans ce fascicule les qualités si connues du chirurgien de Saint-Antoine, talent remarquable d'exposition, savante érudition, qui font de ce manuel un véritable compendium si important à consulter.

Picqué.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Un jeune élève en médecine vient encore de succomber, victime du dévouement professionnel, aux atteintes d'une variole hémorrhagique. M. Géron était élève stagiaire à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. le docteur Legroux. Ses obsèques ont eu lieu vendredi dernier.

***

Faculté de médecine de Paris. — M. Charrin, interne des hôpitaux, est nommé préparateur du laboratoire de pathologie et thérapeutique générale, en remplacement de M. Capitan, nommé chef de laboratoire (emploi nouveau). — MM. Vasseur et Launois, moniteurs des démonstrations histologiques, MM. Pignol et Martin, moniteurs des travaux pratiques de physiologie, sont nommés, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, aides-préparateurs des travaux pratiques d'histologie les deux premiers, et de physiologie les deux derniers, les emplois de moniteur étant supprimés.

***

Concours de l'agrégation.—(*Section de physique et chimie*).— Les sujets de thèse suivants ont été donnés aux candidats :

A. *Chimie.*

1° M. Pouchet : Les propriétés générales des aldéhydes;
2° M. Linossier : L'histoire des quinines;
3° M. Ville : Les propriétés générales des phénols;
4° M. Blarez : L'histoire des amides.

B. *Physique.*

1° M. Imbert : De l'astigmatisme;
2° M. Doumer : De l'emploi du courant électrique en chirurgie;
3° M. Bagnéris : De l'emploi des verres correcteurs en ophthalmologie;
4° M. Guebhard : Des effets des variations de la pression sur l'organisme;
5° M. Bergonié : Les phénomènes physiques de la phonation.

— Les questions données aux mêmes candidats, pour l'épreuve orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation, sont : 1o des alcaloïdes de l'opium; 2o la transmission du son à distance; 3o action de l'acide sulfurique sur les composés organiques; 4o des phénomènes d'interférence en acoustique et en optique; 5° alcaloïdes du quinquina; 6° phosphorescence et fluorescence; 7° action du chlore sur les composés organiques; 8° des divers modes physiques de production des phénomènes de coloration; 9° de la tension superficielle et des phénomènes qui en dépendent.

***

Faculté de médecine de Lyon. — M. Polosson est délégué, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Colrat, dont la délégation est expirée. — M. Parizot, chargé des fonctions de prosecteur, est nommé pour trois ans prosecteur. — M. Cénas est nommé, pour trois ans, aide d'anatomie en remplacement de M. Laguaite, appelé à d'autres fonctions. — M. Truc est nommé, pour une période de deux ans, aide d'anatomie en remplacement de M. Lamaraud, démissionnaire.

— M. Vinay, agrégé, est chargé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883 du cours clinique des maladies mentales à ladite Faculté, en remplacement de M. Artaud, décédé.

***

Faculté de médecine de Nancy. — M. J.-B. Hallois est nommé préparateur d'hygiène, en remplacement de M. Saunier, démissionnaire.

***

École de médecine de Toulouse. — M. André, chef de clinique médicale, est délégué pour suppléer M. Fontaguères, suppléant d'anatomie à ladite école.

— M. le docteur Jougla est délégué dans les fonctions de chef de clinique médicale.

***

École de médecine de Limoges. — M. le professeur Bleynie est nommé secrétaire de l'École en remplacement de M. Raymondaud, démissionnaire.

***

Bureaux de bienfaisance. — M. le docteur Urbain Cayron est nommé, par arrêté ministériel du 11 juin 1883, médecin du bureau de bienfaisance du dix-huitième arrondissement de Paris.

***

Concours du prosectorat. — Un concours public pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le lundi 6 août 1883, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, no 17. MM. les élèves des hôpitaux de Paris qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, de onze heures à quatre heures, du 30 juin au 16 juillet inclusivement.

***

Erratum. — Dans l'article du dernier numéro sur l'Aphasie et la Cécité verbale, page 278, 2e colonne, 8e paragraphe, au lieu de : *La lésion centrale*, lisez : *La lésion constante*.

— Dans la dernière séance de l'*Académie de médecine*, page 283, 1re colonne, 5e paragraphe, au lieu de *Joseph Bertillon*, lisez : *Jacques Bertillon*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

174. M. Aslanian. De la tuberculose pulmonaire accompagnée d'abcès pseudo-asthmatiques. — Etude clinique. — 175. M. Douvrelenr. Recherches expérimentales sur l'action physiologique du sulfate de cinchonidine. — 176. M. Colin. La géographie médicale du Haut-Sénégal. — 177. M. Verdau. Essai sur la pathogénie du crétinisme. — 178. M. Siredey. Recherches sur l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde. — Lésions des organes lymphoïdes. — 179. M Bouyer. De la pleurésie purulente d'emblée (pleurésie infectieuse). — 180. M Rambaud. Rétention du placenta après l'accouchement et l'avortement. — 181. M. Guesco. Etude sur une épidémie d'oreillons ayant sévi dans la garnison de Toulouse, 1881.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 8 JUIN AU JEUDI 14 JUIN 1883.

Fièvre typhoïde 45. — Variole 8. — Rougeole 31. — Scarlatine 3. — Coqueluche 21. — Dipthérie, croup 34. — Dysenterie 0. — Erysipèle 10. — Infections puerpérales 1. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 44. — Phthisie pulmonaire 205. — Autres tuberculoses 14. — Autres affections générales 60 — Malformation et débilité des âges extrêmes 38. — Bronchite aiguë 30. — Pneumonie 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 68, — au sein et mixte 36. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 97. — de l'appareil circulatoire 66. — de l'appareil respiratoire 58. — de l'appareil digestif 46. — de l'appareil génito-urinaire 33. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 38. — Causes non classées 5. — Total de la semaine: 1181 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DE LA DÉMENCE MÉLANCOLIQUE. Contribution à l'étude de la périencéphalite chronique localisée et à l'etude des localisations cérébrales d'ordre psychique, par le docteur A. Mairet. 1 vol. grand in-8 avec 11 pl. lithog. — Prix : 7 francs. — Paris, G. Masson, éditeur, 120. boul. St-Germain.

DE L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE, par le docteur H. Blaise, professeur agrégé. Brochure in-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boul. St-Germain.

DE LA CONCEPTION AU COURS DE L'AMENORRHÉE, par André Petit, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8 de 87 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, à la librairie H. Lauwereyns, rue Casimir-Delavigne, 2.

LES HYSTÉRIQUES. — ETAT PHYSIQUE ET ÉTAT MENTAL, ACTES INSOLITES ET CRIMINELS, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. Un vol. in-8 de 625 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, 1882. J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

LES MICROZYMAS DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'HÉTÉROGÉNIE, L'HISTOGÉNIE, LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE, par A. Béchamp, ancien professeur de chimie médicale et de pharmacie à la Faculté de médecine de Montpellier. Un vol. in-8 de 992 pages et 5 planches. — Prix : 14 fr. — Paris, 1883, librairie J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 28 juin 1883.

Académie de médecine : LA PROPHYLAXIE ADMINISTRATIVE DES MALADIES CONTAGIEUSES. — *Revue de l'étranger* : LA PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE DANS LES SERVICES D'ACCOUCHEMENT.

Il a été beaucoup question dans ces derniers temps de la nécessité d'organiser sur de nouvelles bases l'hygiène publique en France et de concentrer entre les mains d'une direction unique les services nombreux qui ont charge de veiller sur la santé publique à Paris. L'Académie de médecine, on se le rappelle, avait inscrit cette réforme parmi les vœux qu'elle a votés dans ses deux dernières séances pour éclairer l'Administration sur les mesures commandées par les ravages incessants de certaines maladies contagieuses. M. Martin, rédacteur de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, qui a fait des questions afférentes à l'hygiène publique une étude approfondie, et dont les publications avaient reçu déjà un accueil mérité dans différentes Sociétés savantes, a exposé mardi dernier, à l'Académie, ses vues sur le meilleur mode d'exécution des réformes projetées. M. Martin connaît à fond les lacunes et les ressources de notre organisation sanitaire, qui comprend des rouages nombreux et utiles, mais mal équilibrés. Notre distingué confrère a en un réel mérite à faire voir qu'il fallait, pour atteindre le but désiré, réorganiser les services existants plutôt que créer des services nouveaux, et pour gagner en vitesse faire appel à la seule compétence du ministre de l'intérieur, sans recourir à l'intervention du Parlement, toujours lente à enfanter les réformes utiles. En somme, ce qu'il faut faire, pour mettre le nombreux personnel préposé aux soins multiples de la santé publique en état de rendre les mêmes services que dans quelques grandes villes de l'étranger, c'est donner à ses efforts une unité de direction qui a fait défaut jusqu'ici. Maintenu dans ces limites, le programme exposé par M. Martin trouvera un accueil favorable auprès de tous ceux qui estiment qu'il y a quelque chose à faire pour assurer une prophylaxie efficace des maladies contagieuses. Peut-être quelques personnalités ambitieuses, tourmentées par de secrets désirs autant que par le souci de la santé publique, trouveront-elles que M. Martin n'en demande pas assez.

— Dans quelques cliniques d'accouchement, en Allemagne, il a passé en règle qu'un médecin ou un étudiant qui a pratiqué une autopsie ou assisté une femme ayant eu des accidents puerpéraux s'abstienne de paraître à l'hôpital pendant huit jours pleins. L'utilité de cette mesure de prophylaxie a été affirmée récemment par un assistant de la clinique d'Erlangen, à propos d'un cas de fièvre puerpérale contractée par une parturiante confiée aux soins d'un élève qui avait pratiqué une autopsie six jours avant de faire cet accouchement. Les accidents puerpéraux se déclarèrent deux jours après la délivrance; celle-ci avait été des plus normales. L'enfant suc-

FEUILLETON

De la bibliographie médicale

Propositions en guise de préface. — Les bibliothèques médicales de Paris ouvertes au public. — Le dépôt légal. — La bibliothèque de l'Académie de médecine. — Les manuscrits du fonds Daremberg.

Avant d'examiner avec nos lecteurs, et au profit de tous ceux qui ont des recherches à faire dans les bibliothèques comment elles s'enrichissent et quelles sont les règles qui président à leur organisation, je serais fort reconnaissant à tous nos confrères du journalisme médical de Paris de vouloir bien examiner les propositions suivantes. Il y a urgence.

Encore un peu de temps, je vous le dis en vérité, confrères en journalisme et les bibliographes ne s'y reconnaîtront plus !

Les travaux imprimés qui ont la médecine pour objet augmentent sans cesse, et rien ne peut faire prévoir un ralentissement dans cette production incessante. En 1869, le nombre d'ouvrages publiés, thèses comprises, s'est élevé à 800; en 1882, il est de 1600. Avant 1870, nous comptions en France 135 journaux et périodiques médicaux ; à la fin de 1882, plus de 180. Jadis, il n'était pas rare, en effet, d'assister à la naissance d'une feuille médicale qui... *ne vivait que ce que vivent les roses*, l'espace d'un numéro; aujourd'hui, tout nouveau journal persiste et, tant bien que mal, prend sa place au soleil de la publicité.

Il résulte de cet état de choses, point n'est besoin d'être grand homme pour le deviner, que les bulletins bibliographiques des journaux sont tout à fait insuffisants, incomplets, et ceux d'entre nous que l'on consulte le plus souvent, en raison de leurs fonctions spéciales, je parle des bibliothécaires, n'arrivent qu'avec beaucoup de peine à répondre aux demandes de leurs lecteurs ou correspondants.

Nous possédons bien, nous, chercheurs et donneurs de renseignements, un bon recueil bibliographique, la *Revue des sciences médicales*, mais il est encore incomplet et ne paraît que tous les trois mois. La bibliographie y tient une bonne place, mais c'est une revue critique, non un recueil bibliographique tel que nous l'entendons.

comba an douzième jonr, avec les signes de l'ictère des nouveau-nés, et l'autopsie démontra qu'il avait participé à l'infection pnerpérale.

Ce fait a été le point de départ d'une intéressante discussion à la Société de gynécologie de Berlin. Le cas en qnestion n'a pas parn très probant, et la mesure radicale mentionnée plus hant a été combattue comme insuffisante ou superflue : insuffisante, lorsque le médecin s'isole de la pratiqne obstétricale pendant huit jours et ne se soumet pas du même coup à une désinfection rigoureuse, car on ne saurait décider an bont de combien de temps se seront éventés les germes infectieux dont on le sonpçonne d'être porteur ; snperflue, lorsque le médecin et ses aides s'astreignent d'une façon régulière aux précantions antiseptiques qui sont anjourd'hui entrées dans les habitudes de tous les chirurgiens et de tous les accoucheurs soucieux de leurs devoirs et de leurs responsabilités. C'est ainsi que dans le cours de cette discussion on a pu citer des services hospitaliers où, pendant des années, la fièvre pnerpérale n'a pas fait une seule victime, alors que le chef de service et ses aides pratiquaient indifféremment et tour à tour des accouchements laborieux, des opérations gynécologiques, et des autopsies à l'occasion.

Cette manière de voir, qui est la seule pratique, est partagée par la majorité des accoucheurs anglais et allemands, et il y a des raisons de croire qu'en France les mesures restrictives proposées et appliquées par quelques théoriciens d'Allemagne seraient fort mal accueillies dans un cénacle d'accoucheurs. Toutefois, si un éloignement prolongé de la pratique obstétricale à la suite d'un contact suspect apparaît comme une mesure excessive, il faut convenir aussi que chez nous, on pèche sonvent par l'excès inverse, et qu'on n'accorde pas une attention suffisante aux précantions préventives de la contagion puerpérale, dans les services d'accouchement fréquentés par un grand nombre d'élèves. Ce n'est peut-être pas satisfaire à toutes les exigences de la prophylaxie que de se borner à l'usage de la vasseline ou de l'huile phéniquée pour le tcucher vaginal ; dans beaucoup de services d'accouchements à l'étranger, les élèves comme leurs chefs sont astreints à se laver soigneusement les mains avec un liquide antiseptiqne avant de toucher une femme enceinte ou en travail; de plns, chaque toucher est suivi d'une injection vaginale avec de l'eau phéniquée. Ce sont là des pratiqnes d'une exécution facile, dont l'utilité n'est pas doutense ponr pen qu'on ait foi dans les doctrines qui ont cours sur la nature et le mode de propagation des maladies contagieuses ; mais l'esprit de routine trouvera ces précautions gênantes et, comme telles, snperflnes.

E. R.

CLINIQUE MÉDICALE

CIRRHOSE ATROPHIQUE A MARCHE RAPIDE

Par MM. F. DALCHÉ et M. LEBRETON, internes des hôpitaux.

Il y a peu d'années encore, les cirrhoses hépatiqnes semblaient devoir rentrer dans deux types principaux : l'un, caractérisé par une atrophie de l'organe (cirrhose atrophique de Laënnec) ; l'autre, de découverte plus récente, caractérisé par une augmentation de volume du foie et des symptômes de rétention biliaire (cirrhose hypertrophiqne des auteurs)

Depuis, les progrès de l'histologie ont fait voir qne ces types n'étaient pas aussi nettement séparés qu'ils le paraissaient au premier abord et que les cirrhoses annulaires et insulaires pouvaient confondre leurs symptômes et leurs lésions ; aussi a-t-on dû créer les cirrhoses mixtes. De plus, dans les deux premiers types, on a encore déconvert des variétés (cirrhose hypertrophique graisseuse, etc.), et dans un récent mémoire (ARCHIVES DE MÉDECINE, juin-juillet 1882), M. Hanot a décrit une nouvelle sclérose hépatique qu'il désigne sous le nom de *cirrhose atrophique à marche rapide*. Cette affection serait caractérisée cliniquement par une évolution précipitée des symptômes ordinaires et anatomiqnement par une dégénérescence générale des cellules hépatiques. Voici une observation qui nous a paru se rapprocher de celles publiées par M. Hanot :

C... (Marie), âgée de quarante-neuf ans, journalière, entre le 29 décembre 1882, salle Rostan, n° 21, à Saint-Antoine, service de M. Gouraud.

Cette femme avone des antécédents alcooliques très nets. Elle buvait beaucoup et il lui arrivait, dit-elle, « d'être ivre au point de tomber ». Elle a des cauchemars, voit des animaux, etc. Sujette le matin à des éructations et des pituites, elle digère mal.

Cependant son état général demeurait relativement bon. Depuis peu de temps (deux mois environ), elle ressent dans l'hypocondre

En effet, en 1863 et en 1872, dans divers bulletins de ce genre, nous nous efforcions d'établir que, pour être utilement consulté par tous, un bulletin de cette nature devait indiquer : les noms et prénoms de l'auteur, le titre complet de l'ouvrage ou du recueil cité, le nombre de pages et le format, le nom de l'éditeur ou de l'imprimeur, et, toutes les fois que cela est possible, le prix. Pour les ouvrages publiés en langue étrangère, le titre exact, suivi, entre parenthèses, de sa traduction en français, afin que le lecteur, ne connaissant pas les langues étrangères, sût néanmoins de suite le sujet de l'ouvrage, afin de se le faire lire ou traduire, à l'occasion.

D'ailleurs, point de critique, point d'appréciation d'aucune sorte. Le cbercbeur en quête de documents se soucie fort peu de l'opinion personnelle du rédacteur du Bulletin. Si celui-ci le juge utile, tout au plus doit-il se borner à résumer brièvement un résumé de ce que contient l'ouvrage, lorsqu'il s'agit d'un titre vague ou collectif, de *Leçons de clinique* par exemple, ou de *Contributions à l'étude des maladies de l'appareil respiratoire.*

Nous avons bien encore sous la main l'*Index medicus*, de Washington, ce que l'on a fait de mieux jusqu'à ce jour, mais il est écrit en anglais, et la plupart de ceux qui nous questionnent ne connaissent pas cette langue. Nous recevons de bons *Canstatt*, mais ils sont publiés en allemand. En outre, le prix de tous ces recueils est assez élevé ; un seul ne suffit pas, il faudrait les recevoir tous, et le médecin qui ne se livre point, par goût ou par profession à la bibliographie, hésite à grever son budget d'une somme assez forte.

Aussi avons-nous pensé qu'en attendant l'apparition d'un Bulletin bibliographique bien complet, tel que nous le concevons, il suffirait que tous les organes de la presse médicale de Paris qui ont une spécialité pour objet, et dont la publicité est fréquente, voulussent bien consacrer, dans chacun de leurs numéros, l'espace nécessaire à l'enregistrement des ouvrages et articles de journaux publiés tant en France qu'à l'étranger, depuis leur dernier numéro.

Supposons un instant que les *Annales d'hydrologie*, les *Annales médico-psychologiques*, les *Annales de syphiligraphie*, les *Annales de démographie*, les *Archives de médecine navale*, etc., etc., etc., acceptent notre proposition ; l'on aura sans grand'peine réuni de nombreuses indications, puisque nous possédons maintenant à peu près autant de feuilles spéciales que de spécialités : maladies de

droit une douleur sourde qui ne l'empêche pourtant pas de vaquer à ses occupations. Inappétence, dégoût des aliments, des aliments gras en particulier. Les jours derniers elle s'est enrhumée, tousse, a nn état saburral des voies digestives, et se décide à entrer à l'hôpital le 19 décembre 1882.

1er janvier 1883. — A l'examen, on constate tout d'abord une teinte subictérique générale des téguments et une coloration jaune des conjonctives. L'abdomen est volumineux, distendu surtout par des gaz; cependant, en percutant avec soin le ventre et en faisant varier la position de la malade, on trouve un léger épanchement ascitique. Pas de dilatation des veines collatérales de l'abdomen; pas d'œdème des jambes. La percussion du foie dénote une légère diminution du diamètre vertical de l'organe : la matité commence à un centimètre au-dessous du sein et ne dépasse pas les fausses côtes. Ajoutons que la percussion et la pression de la région sont très douloureuses. La rate semble un peu volumineuse, autant que l'état de l'abdomen permet de l'apprécier. La langue est sale, blanche et sèche. Pas d'hémorrhagies intestinales, d'hématémèses, de purpura, d'épistaxis. Constipation opiniâtre. A l'auscultation, râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue des poumons. Rien au cœur. Urines foncées; les réactifs ne dénoncent pas la présence des matières colorantes de la bile. Léger nuage d'albumine : 0,50 par litre. Quantité d'urine normale.

8 janvier. — La bronchite a presque disparu. Mais la langue reste toujours sale, la constipation persiste, ainsi que la teinte subictérique des téguments. L'ascite a légèrement augmenté; il n'y a toujours pas de circulation collatérale. Il n'y a plus d'albumine dans les urines.

15 janvier. — A partir de ce moment, la malade s'affaisse; son intelligence, peu développée d'ailleurs, décroît sensiblement. Un peu de subdelirium nocturne. Même état des voies digestives et de la peau. Pas d'albumine.

20 janvier. — La malade est encore plus affaissée. Elle est devenue complètement gâteuse, répond difficilement aux questions, urine sous elle, prend à peine un peu de lait. Les mains sont violacées et froides.

25 janvier. —L'état stationnaire, pendant les cinq derniers jours, s'aggrave. La malade est oppressée; râles fins aux deux bases des poumons.

27 janvier. — Même état. Souffle à la base du poumon gauche.

30 janvier. — Râles nombreux dans les deux poumons.

31 janvier. — Mort. Toujours avec la même teinte subictérique.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula une petite quantité de liquide ascitique citrin. Le péritoine, sain dans toutes les autres parties, présente quelques fausses membranes sur le foie.

Le foie est un peu diminué de volume, d'un aspect jaune général (foie gras). Tandis qu'il est lisse en certains points, en d'autres et en particulier sur le lobe gauche, on voit de larges plaques où il est parsemé de granulations. A la coupe, on trouve un aspect granuleux général. Rien dans la vésicule ni dans les gros canaux biliaires.

Rate : grosse et diffluente.

Reins : le droit semble sain; le gauche est petit et bosselé.

Poumons : congestion généralisée et intense aux deux bases, surtout à gauche.

Cœur sain.

Examen histologique. — Des coupes d'abord fraîches, puis durcies dans le liquide de Muller.

L'aspect général à un faible grossissement (oculaire 1, objectif 1 de Nachet) montre une cirrhose annulaire type. De larges traînées conjonctives se voient dans tous les espaces portes presque sans exception et s'étendent sous forme de bandes plus ou moins épaisses dans les espaces interlobulaires. A un plus fort grossissement (oculaire 1, objectif 5), on remarque les détails suivants : le tissu conjonctif des espaces portes n'est pas de formation récente; il y a peu de cellules embryonnaires et ce sont plutôt des fibres conjonctives serrées qui englobent les éléments normaux. Ceux-ci sont sains en général.

L'artère hépatique ne présente ni de péri-artérite ni d'endartérite; la veine porte est plutôt épaissie, surtout sa tunique interne. Rien du côté des canalicules biliaires. Quelques canaux de nouvelle formation s'observent cependant dans les espaces portes, mais ne les dépassent pas. Dans les espaces interlobulaires, au contraire, le tissu conjonctif est plus jeune; les cellules sont en majorité les plus nombreuses.

A ce grossissement, on remarque surtout la transformation presque complète des cellules hépatiques. Tous les lobules *sans exception* présentent des cellules ayant subi la dégénérescence graisseuse; dans presque tous la dégénérescence est complète. La cellule n'est plus représentée que par une grosse gouttelette graisseuse et le lobule n'est plus constitué que par un amas de globules graisseux ayant à peu près conservé la disposition des cellules hépatiques. Au centre, la veine sus-hépatique a subi peu ou point d'altération; quelquefois elle semble entourée d'une couronne de cellules embryonnaires pen nombreuses.

Dans d'autres cas, la cellule hépatique n'est pas complètement dégénérée; on trouve son noyau refoulé à la périphérie et le protoplasma chargé de granulations graisseuses. Dans d'autres lobules

---

l'enfance, maladies des femmes, oreilles, yeux, dents, etc., tout est représenté.

Admettons enfin que chaque journal adopte une justification, un format identiques ou seulement à peu près identiques; que l'on tire à part ces bulletins et que d'un commun accord on les réunisse en fin d'année, en ayant soin de ne terminer le volume que dans les premiers six mois de l'année qui suit, afin de ne pas scinder une période annuelle dans une autre période annuelle, n'aura-t-on pas réalisé une grande amélioration et rendu de nombreux et réels services à tous les travailleurs ?

J'ajoute que la reproduction de ces Bulletins devrait être autorisée d'une manière aussi large que possible, et les médecins de la province, moins à même encore que ceux de Paris de réunir les documents nécessaires, nous seraient reconnaissants de les aider aussi utilement et aussi facilement.

Si les confrères auxquels je m'adresse acceptaient, je ne réclamerais d'eux, pour les aider à mettre en bonne voie cette innovation bibliographique, que la satisfaction et l'honneur de l'avoir entreprise.

(A suivre).

Dr A. Dureau.

Concours du Bureau central. — La troisième épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'est terminée par l'admissibilité à subir les épreuves définitives des candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique : MM. les docteurs Barrié, Brissaud, Chauffard, Dreyfous, Hirtz (Edgard), Letulle, Lucas-Championnière et Renault.

Les candidats ont eu à traiter pour la première épreuve définitive (composition écrite) : « De l'érysipèle, anatomie pathologique et formes cliniques. »

***

Lycées. — M. le docteur Chapuis est nommé médecin du lycée de Loos-le Saulnier.

***

Avis. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 1er juillet, dans le bois de Meudon-Versailles.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à 11 heures, pour la station de Clamart.

rares, la dégénérescence est encore moins avancée et la moitié des cellules environ est intacte. Partout la cirrhose subsiste annulaire et interlobulaire, sans avoir, sauf peut-être dans un ou deux cas, sur nombre de préparations, penché dans l'intérieur du lobule.

Le rein gauche présente peut-être un peu d'épaississement du tissu conjonctif dans la région corticale ; en tout cas, la sclérose est très peu marquée, les cellules sont toutes saines.

Il nous semble donc bon que notre observation rentre dans le type décrit par M. Hanot. Nous y retrouvons pour étiologie l'alcoolisme bien évident. Quant à la marche de la maladie, ce qui nous frappe le plus, c'est la rapidité de son évolution ; notre malade, entrée le 29 décembre, est morte le 31 janvier ; il est vrai qu'elle souffrait depuis quelque temps, mais ses souffrances n'étaient pas assez vives pour l'empêcher de vaquer à ses occupations. Enfin l'anatomie pathologique nous a montré les caractères d'une cirrhose annulaire et interlobulaire et nous a prouvé qu'il s'agissait d'une sclérose ne pouvant rentrer ni dans les cirrhoses mixtes ni dans les cirrhoses hypertrophiques graisseuses.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De la taille hypogastrique ou sus-pubienne, par M. G. Bouilly, professeur agrégé, etc. (1)

Imaginée par Franco (1561), qui l'employa comme opération de nécessité dans un cas où il ne pouvait extraire la pierre par le périnée, préconisée quelques années plus tard par Rousset (1580-81), qui en donna les règles opératoires sans jamais l'exécuter, la taille hypogastrique resta près de deux cents ans sans entrer dans la pratique. Au dix-septième siècle, elle devint en faveur parmi les chirurgiens anglais : Douglas, Cheselden (1723), Middleton, l'exécutèrent avec succès, et en France, en 1779, frère Côme en faisait connaître le manuel opératoire et l'instrumentation. Malgré les travaux de Deschamps, de Belmas, de Souberbielle, de Baudens et d'Amussat, malgré la pratique de Günther en Allemagne et de Dulles en Amérique, publiée et commentée dans d'importants travaux, elle n'avait rallié chez nous que peu de partisans jusqu'à ces dernières années. Mais tout récemment l'antisepsie chirurgicale et une heureuse modification du manuel opératoire, en diminuant les risques et les difficultés de l'opération, sont venues rendre à la taille hypogastrique la place importante qu'elle avait perdue et permettre de la regarder comme l'une des meilleures méthodes d'extraction des calculs vésicaux. Ayant aujourd'hui ses indications bien nettes, son manuel opératoire bien réglé, n'entraînant que des risques modérés, elle doit rentrer dans la pratique du traitement des calculs non comme une méthode rivale, luttant contre la lithotritie ou la taille périnéale, mais comme répondant à des indications particulières qu'aucune autre méthode ne saurait aussi bien remplir. Elle a dans ces dernières années provoqué l'apparition d'un assez grand nombre de travaux nous initiant à la pratique des chirurgiens contemporains. La thèse toute récente de Broussin (novembre 1882) nous fait connaître la pratique et les résultats de F. Guyon ; nous ferons à cet intéressant travail de fréquents emprunts justifiés par son importance et son actualité.

La taille hypogastrique consiste à aller extraire une pierre de la vessie à travers une incision pratiquée à la paroi abdominale au-dessus du pubis et à la paroi antérieur de la vessie. Les rapports de la vessie dans cette région permettent de l'aborder et de l'inciser sans intéresser le péritoine.

Données anatomiques. — Une incision faite exactement sur la ligne médiane au-dessus de la symphyse pubienne ne rencontre absolument aucun organe important ; la peau assez épaisse, un tissu cellulo-graisseux variable comme abondance et la partie inférieure de la ligne blanche sont les seules parties rencontrées par le bistouri. Ici, la ligne blanche notablement rétrécie n'est plus qu'une simple ligne fibreuse séparant les bords internes des muscles droits ; derrière elle on rencontre le fascia transversalis celluleux doublé par une couche de tissu cellulo-adipeux abondant situé à la face antérieure de la vessie et se continuant avec celui qui s'étend sur la face latérale de l'organe. Ce tissu, situé entre la vessie et la symphyse pubienne, lâche, facile à déchirer, s'infiltrant avec facilité, se continue avec le tissu cellulaire qui tapisse l'excavation du petit bassin. Cet espace pré et périvésical que l'on a supposé complètement clos (Retzins) et dans lequel se développe et se meut la vessie est connu sous le nom de *cavité prépéritonéale* ou *cavité de Retzius*. J'ai dit dans un autre travail ce qu'il fallait penser de la description de l'anatomiste suédois et démontré comment il fallait concevoir cette cavité dont les limites sont tout à fait fictives, sinon à sa partie supérieure.

Masquée et entourée par ce tissu cellulo-adipeux surtout abondant dans la région inférieure, sur la ligne médiane se trouve la vessie mobile par son sommet et variant à chaque instant de rapport avec la paroi abdominale. Vide, elle est cachée et rétractée derrière le pubis ; distendue, elle sort de la cavité du petit bassin, fait saillie à l'hypogastre où elle devient appréciable par la palpation et la percussion et peut, dans un état exagéré de réplétion, affecter avec la paroi abdominale qu'elle soulève des rapports très étendus.

Les rapports du péritoine avec la vessie, surtout importants à étudier au point de vue de la taille hypogastrique, suivent les variations de volume du réservoir urinaire. Dans l'état de vacuité, la séreuse, suivant l'ouraque, passe directement sur le sommet de la vessie et descend jusqu'au niveau du bord supérieur du pubis ; à mesure que la vessie distendue s'élève et sort du petit bassin, elle remonte avec elle le péritoine pendant qu'à la partie antérieure celui-ci forme un repli, un cul-de-sac qui retombe au devant de l'organe. Mais le développement de la vessie par son sommet et sa face postérieure est assez considérable pour éloigner de plus en plus le péritoine de la symphyse pubienne, malgré la profondeur de plus en plus prononcée du cul-de-sac péritonéal avec la distension de la vessie. En un mot, plus la vessie est élevée, plus le cul-de-sac s'éloigne de la symphyse tout en devenant plus profond.

Malgré les assertions contraires de M. Sappey, il résulte de ces changements de rapports un espace suffisant entre le cul-de-sac péritonéal et la symphyse pubienne pour attaquer la vessie sans blesser la séreuse. Dans les cas de moyenne distension, quand l'organe dépasse le pubis d'environ 7 à 8 centimètres, la hauteur du cul-de-sac péritonéal peut être évaluée à 4 ou 5 centimètres (Pouliot), étendue suffisante pour les

(1) Nous devons à l'obligeance de MM. J.-B. Baillière et fils la communication de l'article *Taille* du Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique qui va paraître prochainement et qui a été rédigé par notre distingué collaborateur M. G. Bouilly. Nous publierons de cet article ce qui a trait à la taille hypogastrique et aux indications de la taille.

manœuvres. En outre, l'adhérence du péritoine à la face antérieure de la vessie est assez faible pour qu'on puisse l'en éloigner par un léger refoulement et agrandir encore ainsi la zone extra-péritonéale. Nous verrons plus tard par quel ingénieux artifice Milliot, Braune et Petersen sont arrivés dans ces derniers temps à soulever la vessie et à étendre considérablement ses rapports avec la paroi abdominale sans provoquer une distension exagérée de sa capacité.

Dans quelques cas exceptionnels, le péritoine s'attache directement sur la symphyse (Pitha). Féré (*in* thèse de Broussin) a observé et décrit une disposition analogue chez des sujets atteints de hernie inguino-scrotale : dans le cas de hernie double, le fond du cul-de-sac péritonéal resterait au contact du pubis ou à peu près, malgré la distension de la vessie; dans le cas de hernie simple, le fond du cul-de-sac ne remonterait que d'un centimètre au plus et seulement du côté où n'est pas la hernie.

Chez les enfants, le repli du péritoine est très peu prononcé; avant huit ans, la séreuse ne descend pas à plus de 1 1/2 à 2 pouces au-dessous de l'ombilic.

Les diverses couches situées au-devant de la vessie sont très peu vasculaires : une incision exactement médiane peut presque se faire à blanc.

La face antérieure de la vessie présente des veines volumineuses, surtout abondantes au niveau du col et dont l'ouverture donne lieu à un écoulement sanguin assez important.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES. — Il faut faire table rase où à peu près de tout ce que l'on trouve encore aujourd'hui dans les traités de médecine opératoire même les plus récents à propos de la taille hypogastrique. Il me semble absolument inutile de rééditer un manuel opératoire tombé aujourd'hui en désuétude et oublié demain, dont il a bien fallu se contenter pendant de longues années faute de mieux, mais que les récents progrès de la chirurgie abdominale et de la chirurgie urinaire spéciale ont déjà fait reléguer parmi les procédés appartenant à l'histoire.

Le plus grand danger de la taille hypogastrique, l'infiltration d'urine, et sa plus grande difficulté, la possibilité d'ouvrir le péritoine, ont été, sinon conjurés et vaincus, au moins singulièrement diminués par une nouvelle manière de faire. C'est, en effet, l'adjonction de moyens nouveaux qui rend toute sa valeur à la taille sus-pubienne et en fait une opération pratique. Ces moyens sont, d'un côté, l'antisepsie chirurgicale appliquée à l'opération, de l'autre, le soulèvement de la vessie à l'aide du ballonnement du rectum.

Nous traiterons ces deux points avec quelques détails avant d'aborder le manuel opératoire proprement dit.

L'antisepsie appliquée à la taille hypogastrique comprend deux ordres de moyens : d'une part avant l'opération, la désinfection préalable de la cavité vésicale et la transformation des urines plus ou moins irritantes, phlogogènes et pyrogènes, en un liquide presque innocent pouvant baigner le tissu périvésical sans l'altérer; d'autre part après l'opération, la fermeture hermétique ou le drainage aussi rigoureux que possible de la vessie et les pansements propres grâce auxquels les tissus sectionnés ferment rapidement leurs bouches absorbantes, sanguines et lymphatiques, à l'introduction des liquides de mauvaise nature.

Le premier résultat s'obtient à l'aide d'injections intra-vésicales, faites soit dans les jours qui précèdent l'opération, soit au moment même de l'intervention avec des substances antiseptiques telles que l'acide phénique en solution faible ou mieux l'acide borique ou l'acide salicylique ou l'essence de Wintergreen (Périer) et au besoin par l'administration quotidienne à l'intérieur d'un gramme de salicylate de soude en potion pendant quelques jours (Petersen). Ces injections intravésicales indispensables au moment de l'opération ne sont pas toujours possibles dans les jours qui la précèdent. La vessie des vieux calculeux, intolérante et inflammable, ne saurait dans certains cas en supporter la répétition, et des accidents de néphrite pourraient éclater à la suite de ces tentatives. Mais, au moment même de l'opération, avec la détente et le relâchement obtenus par l'anesthésie, on peut pousser dans la vessie une ou plusieurs injections désinfectantes. Pour pratiquer ces lavages, on agit par petits coups et avec une certaine force dans le but de déterminer une sorte de remous qui nettoie la muqueuse. Les lavages doivent être faits avec un liquide à la température du corps et répétés jusqu'à ce que le liquide ressorte clair par la sonde.

Ce même état de contractilité exagérée et de ratatinement particulier aux vessies atteintes de cystite calculeuse chronique crée aussi un obstacle considérable à la distension du réservoir urinaire. Or cette distension est une condition de la plus haute valeur pour la pratique de la taille sus-pubienne, elle seule permettant d'aborder avec facilité la vessie par l'hypogastre sans léser le cul-de-sac du péritoine et sans produire de graves dégâts dans le tissu cellulaire péri-vésical. Aussi les chirurgiens s'étaient-ils toujours efforcés d'obtenir le maximum de distension possible et le soulèvement le plus grand de la paroi vésicale antérieure; de ces efforts étaient nés la sonde de Kulm, tout à fait oubliée (1732), la *sonde à dard* de frère Côme modifiée par Legros, Deschamps, Belmas, que son emploi difficile et incertain faisait parfois remplacer par une sonde métallique portant une rainure pour diriger le bistouri; le *bistouri aponévrotome* et le *gorgeret suspenseur* de Belmas, etc.

Cette instrumentation devait disparaître devant un progrès important réalisé par le *ballonnement du rectum*.

D'abord signalée par Milliot en 1875, sous le nom de *méthode opératoire par ballonnement*, applicable non seulement au rectum mais à toutes les cavités pour rapprocher les organes de nos sens, soit dans un but diagnostique, soit dans un but opératoire, cette idée fut reprise par Braune en 1878 et particulièrement appliquée par cet auteur à la distension du rectum. Il montra que, par la palpation rectale d'après la méthode de Simon, en même temps que l'urèthre s'allonge, la vessie s'élève et avec elle les replis de Douglas et que non seulement les replis péritonéaux postérieurs, mais encore les antérieurs, s'élèvent, de sorte qu'il reste entre le péritoine et le bord supérieur de la symphyse un espace notablement plus grand pour pratiquer la taille hypogastrique. Pour reproduire ces conditions, il introduisit dans le rectum une vessie de caoutchouc qu'il insuffla, et le cadavre fut congelé. Une coupe longitudinale pratiquée sur la ligne médiane démontra un déplacement considérable de la vessie en haut et en avant, dû à une énorme distension subie par l'urèthre surtout dans sa portion membraneuse allongée au moins du double de l'état normal.

En 1880, Petersen (de Kien) publia le résultat de tailles hypogastriques faites sur le cadavre et sur le vivant en distendant la vessie et en ballonnant le rectum au moyen d'une ampoule de caoutchouc dilatée par du liquide. Par ce moyen, le

cul-de sac péritonéal serait notablement relevé, an point, dit Petersen, «que la vessie forme une saillie appréciable audessus de la symphyse et qu'il n'est pas possible de blesser le péritoine, même en opérant maladroitement ». Il y a dans cette dernière phrase une grande exagération d'anteur : il résulte des tableanx de mensuration dressés par Petersen luimême que, malgré le soulèvement de la vessie, le cul-de-sac péritonéal ne s'éloigne pas plus de la symphyse que par la distention simple de l'organe. Mais la face antérieure de la vessie s'approche à tel point de la paroi abdominale qu'elle est, pour ainsi dire, sous la main et que rien n'est plus simple que de l'inciser exactement au point où l'on veut.

Ainsi se trouve supprimée cette grande difficulté d'aborder la paroi vésicale antérieure et la nécessité trop fréquente de s'égarer dans le tissu cellulaire prévésical en faisant des déchirures et des clapiers tont préparés pour l'infiltration d'urine.

De cette manière aussi, la vessie ne s'affaissant pas après son ouverture, se trouvent facilitées les manœuvres d'extraction du calcul et de la suture vésicale, si l'on a recours à ce moyen.

Nous ponvons maintenant, après cet exposé rapide des importantes modifications apportées récemment à la pratique de la taille sus-pubienne, aborder la description de son manuel opératoire actuel.

Nous passons à dessein sous silence l'instrumentation et les manœuvres anciennes qne l'on trouvera décrites dans les traités spéciaux.

(A suivre.)

REVUE CRITIQUE

Otologie

Les végétations adénoïdes du pharynx nasal.

Dans ces dernières années, la connaissance plus complète des végétations adénoïdes du pharynx nasal est venue jeter un jour nouveau sur la pathogénie et le traitement des maladies auriculaires. On peut dès aujourd'hui formuler à ce sujet un certain nombre d'aphorismes que le médecin praticien devra toujours avoir présents à l'esprit s'il ne veut pas s'exposer à beaucoup de mécomptes. Pour ne citer que quelques exemples, nous voyons tous les jours amputer les amygdales à des enfants sans pouvoir les délivrer des symptômes pénibles qu'ils accusent (bouche entr'ouverte, respiration bruyante, voix nasonnée, ronflement nocturne, etc.). Nous en voyons d'autres atteints d'une surdité contre laquelle on a dirigé un traitement méthodique, l'emploi de la douche d'air entre autres, sans obtenir autre chose qu'une amélioration très momentanée, parce que dans les deux cas on ne s'est pas attaqué à la cause première du mal, les végétations adénoïdes du pharynx.

Qu'est-ce donc que ces productions ? Cliniquement, ce sont des masses charnues encombrant le pharynx nasal, entravant la respiration, la phonation et l'audition, plus ou moins vasculaires, tendant à s'atrophier spontanément, maistrès lentement, vers l'âge adulte, et ne récidivant jamais après l'ablation. Anatomiquement ce sont des stalactites de forme variable, descendant de la voûte, des parois latérales et de la moitié supérieure de la paroi postérieure du pharynx, d'une structure identique au tissu amygdalien, et que l'on peut considérer comme l'hypertrophie congénitale de la tonsille pharyngienne de Luschka, bande de tissu adénoïde allant d'une trompe d'Eustache à l'autre dans l'épaisseur de la mnqueuse en passant par la voûte du pharynx.

Il faut donc admettre chez l'homme l'existence de trois amygdales, deux palatines, conglomérées, une pharyngienne, ordinairement rubanée, exceptionnellement — et cette exception est assez fréquente — conglomérée comme les deux autres; et de ces trois amygdales ce n'est certainement pas les palatines qui sont les plus importantes au point de vue pathologique. Quand on connaîtra mieux ces végétations on s'apercevra que tous les troubles attribués aux amygdales (surdité, nasonnement, bouche ouverte) doivent leur être rapportés et qu'en réalité les tonsilles buccales ne présentent que deux inconvénients par leur hypertrophie : elles prédisposent aux angines et peuvent gêner la déglutition. On peut en donner la démonstration en faisant remarquer: 1o qu'une foule d'enfants amputés des amygdales ne sont pas guéris (chez des enfants de ce genre, examinés ultérieurement, on trouve des végétations adénoïdes dont l'ablation amène la guérison) ; 2o que bien souvent les enfants atteints de ce cortège de symptômes ont les amygdales normales ou même remarquablement petites et que chez cux un examen poussé plus loin fait reconnaître l'existence de végétations ; 3o que chez un enfant atteint de l'hypertrophie simultanée des trois amygdales on peut amener la guérison en n'opérant que la troisième (végétations adénoïdes).

Les faits que j'avance sont basés sur un grand nombre de cas étudiés et opérés en présence de confrères qui les ont controlés, et je suis convaincu que les observations ultérieures ne feront que confirmer cette manière de voir, d'autant qu'avec les procédés que je recommande cette étude ne restera pas confinée plus longtemps dans le domaine des spécialistes, puisque l'exploration digitale suffit à faire le diagnostic. Souvent même il m'est arrivé d'opérer sans examen direct du pharynx, après un simple diagnostic de probabilité, pour ne pas indisposer l'enfant par le passage du doigt, souvent plus désagréable que celui de la pince, surtout chez ceux où les dimensions du pharynx permettent d'espérer une opération complète en un temps. Il n'y a en effet aucun inconvénient à retirer l'instrument vide, ce qui du reste n'arrive jamais, tant les symptômes observés emportent la conviction dans l'esprit de l'observateur.

Je divise les végétations au point de vue clinique en trois classes : les végétations avec symptômes respiratoires, les végétations avec symptômes auriculaires, les végétations avec symptômes mixtes. La première comprend les enfants qui ne sont pas sourds, mais qui offrent des troubles du côté de la respiration ; ils ont la bouche constamment ouverte ou, dans les degrés légers, seulement la nuit (avec ou sans ronflement) ils ont les traits du visage effacés, l'air stupide, des maux de tête ; la voix est sourde, comme s'il y avait de la bouillie dans la bouche ; la prononciation est vicieuse : ils s'essoufflent en courant, ils ont des palpitations, de l'asthme, des sueurs ou des terreurs nocturnes par insuffisance de l'hématose ; la poitrine est déformée en carène d'oiseau (Dupuytren, Lambron), déformation rapportée par ces auteurs à l'hypertrophie des amygdales ; la bouche étant toujours entr'ouverte, ils sont exposés aux angines, aux bronchites et aux accès de laryngite striduleuse par dessèchement des cordes vocales. En présence de ces symptômes associés ou isolés, qui font admettre fa-

cilement un coryza chronique, on éliminera rapidement la possibilité d'une affection nasale par la rhinoscopie antérieure, et il ne restera plus que les végétations adénoïdes qui puissent les expliquer. Dans la seconde classe, qui comprend des cas bien moins nombreux, on ne constate rien de semblable; tous les symptômes sont auriculaires: les oreilles coulent on ont coulé, ou bien, sans otorrhée préalable, l'enfant est sourd avec intermittences; il n'y a pas en de fièvre éruptive, de coryza, d'angine; les parents ne peuvent indiquer aucune étiologie, et c'est cette classe d'otorrhées (otorrhées par végétations) qui fournit le plus fort contingent des otorrhées dites scrofuleuses, bien que les enfants jouissent souvent d'une excellente santé. Quant aux enfants sourds sans écoulement, cette étiologie banale satisfait encore bien moins l'esprit, car elle ne fait pas comprendre par quel mécanisme un scrofuleux entend bien un jour et mal le lendemain.

Pour le diagnostic des végétations à symptômes auriculaires, on aura déjà l'attention éveillée en constatant souvent que la douche d'air par les procédés indirects (douche de Politzer) ne réussit pas et qu'il existe par conséquent un obstacle pharyngien; de plus, dans les cas de catarrhe tubaire, l'examen de l'oreille fait reconnaître une membrane tympanique en chaudron, c'est-à-dire un obstacle à la ventilation de la caisse, obstacle permanent, puisqu'à la suite de la douche d'air on voit, au bout d'un temps variable mais généralement court, la membrane retomber à sa position première. Le doigt fait constater la présence de paquets de végétations autour des trompes d'Eustache. D'une façon générale, si vous êtes obligé de confier aux parents une poire pour entretenir l'audition de l'enfant, c'est qu'il existe un obstacle permanent que vous n'avez pas supprimé. Depuis que je reconnais et opère les végétations adénoïdes, je me garde de prescrire l'emploi du ballon comme autrefois, car la rechûte de l'ouïe et de la membrane est l'indice presque certain qu'il reste quelque chose à enlever, et de même que, pour les végétations respiratoires, je ne congédie mes malades que quand ils dorment la bouche complètement fermée, de même, pour les végétations auriculaires, je ne cesse d'intervenir que lorsque la membrane tympanique a conservé un certain temps sa position normale, sans douche d'air. Je laisse de côté, bien entendu, les cas anciens où la position de la membrane et de la chaîne des osselets ne se modifie plus par suite d'une longue habitude. La troisième catégorie renferme les cas de beaucoup les plus nombreux, qui réunissent les symptômes communs aux deux premières.

Après ces explications, on ne pourra réellement méconnaître les végétations adénoïdes que dans les cas légers, et encore elles éveilleront l'attention de bien des manières. Ainsi, chez une jeune fille de 15 ans qui n'offrait pas de symptômes caractéristiques, le cathéter manié très légèrement revenait teinté de sang. Chez un jeune garçon atteint de surdité avec collapsus énorme de la membrane tympanique, la douche d'air de Politzer ne réussissait pas. En introduisant le cathéter, on sentait son bec empêtré dans une masse molle, puis, une fois placé dans la trompe, l'air entrait largement en produisant une détonation. Conclusion: trompe libre, accès de la trompe difficile; obstacle pharyngé, à l'exploration digitale, végétations latérales. Chez un jeune homme de 25 ans, âge où ces productions deviennent rares, nous en enlevâmes d'énormes qui ne donnaient lieu qu'à un léger nasonnement. Mais comme il avait une otorrhé *double* remontant à l'enfance, c'est-à-dire une otorrhée de cause pharyngée, qu'il ne pouvait nous indiquer une cause pharyngée passagère (exanthème), je recherchai la cause pharyngée chronique par excellence, les végétations. Il serait même préférable de les rechercher dans tous les cas. Ainsi je voyais un enfant atteint d'otite moyenne suppurée double, suite de rougeole; malgré cette étiologie suffisante, je recherchai les végétations parce que la bouche était un peu entr'ouverte, et j'en trouvai de très nombreuses. Celà n'a rien de surprenant, si l'on songe qu'un enfant atteint de végétations n'est pas pour celà à l'abri des fièvres éruptives.

Cette anomalie se rencontre fréquemment chez plusieurs membres d'une même famille: ainsi la mère raconte souvent spontanément qu'elle aussi, quand elle était jeune, avait la bouche ouverte et même qu'elle ronfle encore. Mais c'est surtout chez plusieurs parents du même degré (frères et sœurs) que la maladie se manifeste à la fois. Je l'ai rencontrée une fois chez les trois enfants d'une même famille. Le fils aîné (12 ans) se plaignait des symptômes de végétations à forme mixte (surdité, bouche entr'ouverte, etc.); on lui avait coupé les amygdales d'après ce principe, absolument faux en otologie: *Sublatâ causâ, tollitur effectus*; l'effet, c'est-à-dire ici le catarrhe tubaire devant être traité simultanément très énergiquement; même les médecins auristes qui admettent une surdité amygdalienne seront de mon avis, je l'espère. Je prescrivis les douches d'air qu'il fallut continuer incessamment pour maintenir l'ouïe à un niveau passable, et ce n'est que deux ans après, connaissant mieux la question, que j'eus l'idée de rechercher les végétations et de les enlever. A ce moment, on me présenta la sœur, de deux ans plus jeune, qui commençait à devenir sourde: symptômes mixtes des végétations; opération, guérison complète. Je demandai alors à voir un second garçon de 4 ans, qui ne se plaignait de rien, et je trouvai chez lui des végétations énormes avec symptômes respiratoires. Ces enfants, comme la plupart de ceux que j'ai observés, jouissaient d'ailleurs de la santé la plus florissante; ce qui m'empêche d'admettre comme étiologie la scrofule ou le lymphatisme. Pour moi, il s'agit d'un état congénital, car plusieurs mères ayant nourri m'ont affirmé que dès les premiers jours de la vie leur nourrisson avait témoigné beaucoup d'agitation pendant les tétées, lâchant le sein à toute minute pour respirer.

Nous ne signalerons, au point de vue du diagnostic différentiel, que la confusion possible avec les polypes naso-pharyngiens. Je voyais dernièrement à ma clinique, en même temps, deux enfants dont l'observation éclaire bien la question. L'un, garçon de 13 ans, se plaignait d'une obstruction du nez depuis un an seulement; il avait par moments des hémorrhagies assez abondantes. Les deux narines étaient bouchées; la gauche, par une expansion sphacélée, fétide, dont l'ablation produisit une hémorrhagie médiocre; la droite, par une expansion vivace, rosée. Le doigt, introduit dans le pharynx, y sentait un œuf de poule dur, immobile, implanté solidement à la voûte, très facile à circonscrire; il revenait teinté de sang. Le deuxième malade était une jeune fille se plaignant de surdité; le catarrhe tubaire était dû à des masses molles friables occupant le pharynx nasal, réparties également, ne formant pas de tumeur unique, et ne donnant pas d'expansion nasale. La malade pouvait encore souffler par le nez. Les troubles respiratoires, peu marqués d'ailleurs, remontaient à l'enfance, sans aggravation récente. Pas d'hémorrhagies spontanées. On voit que la différence était bien tranchée.

Il est facile de comprendre que, tant que la découverte des végétations a été subordonnée à la rhinoscopie postérieure,

elles ont bien souvent passé inaperçues. Chez nous, dans la plupart des cliniques otologiques, où cependant on voit un nombre immense d'enfants sourds par végétations, on ne les reconnaît pas. A l'étranger, il en est de même dans certains endroits, si l'on en juge par les statistiques annuelles où la rubrique pharynx-nasal est muette sur cette anomalie; dans d'autres, la proportion relevée me semble au-dessous de la normale. C'est qu'en effet, même quand on en soupçonne l'existence, on risque de les laisser passer, car il est impossible d'appliquer méthodiquement la rhinoscopie postérieure à un grand nombre de malades se succédant dans un court espace de temps; il faut les exercer souvent longtemps, et, lassés d'une exploration sans résultat appréciable, ils cessent de venir. Si, au contraire, les symptômes observés font soupçonner les végétations et que le doigt indicateur en confirme l'existence, non seulement le médecin auriste, mais chaque praticien pourra intervenir à temps par une opération qui donne des résultats que jamais l'amygdalotomie n'a donnés.

Quand un enfant présente un certain nombre des symptômes étudiés plus haut, il y a une telle probabilité en faveur des végétations, que l'on peut intervenir hardiment par le procédé que nous indiquons plus loin, sans recourir à l'exploration digitale. Si au contraire le diagnostic n'est pas sûr, on fera bien d'introduire le doigt dans le pharynx, d'autant que si les végétations sont peu abondantes et très molles, on pourra les faire disparaître immédiatement par le grattage avec l'ongle, sans retirer le doigt. Ce procédé a même été indiqué comme une méthode générale de traitement, à tort, selon moi, car elle ne peut s'appliquer même aux cas moyens. On reconnaît l'existence des végétations à ce que le doigt, au lieu de se mouvoir comme dans une boîte vide, percée en avant de deux trous (les orifices postérieurs du nez), tombe sur une sorte d'éponge chaude ou sur des paquets de vers de terre (Woakes). Quand l'ongle de l'index est court, on est sûr qu'il existe des végétations si le doigt revient teinté de sang; quand les végétations sont molles, on trouve en même temps dans les rainures de l'ongle une sorte de bouillie qui est du tissu adénoïde écrasé.

De toutes les méthodes proposées pour la destruction des végétations, je n'en pratique qu'une qui consiste dans l'emploi de la pince de Loewenberg modifiée. Les cuillers sont coupantes en arrière comme en haut. J'emploie trois grandeurs: suivant les dimensions du pharynx, je me sers d'abord du n° 1 ou du n° 2, de façon à enlever le plus gros paquet possible d'un seul coup; c'est pour cela aussi que la pince coupe peu, de façon à pouvoir arracher le plus de tissu adénoïde adhérant à la partie saisie dans les mors, ce qui, je m'en suis assuré bien souvent, n'offre pas le moindre inconvénient. De cette façon, j'abrège beaucoup le nombre des séances. Je ne me sers du n° 3 que pour les tout petits enfants ou pour terminer l'opération en allant chercher les débris dans les angles et surtout les végétations latérales par un léger mouvement de torsion de la main; les mors se trouvent alors situés l'un devant l'autre et non à côté, et on peut pratiquer l'abrasion de la paroi latérale du pharynx sans danger pour le cartilage tubaire.

La pince étant introduite fermée derrière le voile du palais, on l'ouvre aussi largement que possible à la première résistance perçue; puis on s'apprête à la refermer, mais à ce moment il ne faut pas négliger une manœuvre essentielle sans laquelle on ne ramènerait rien ou presque rien; il faut porter les deux branches écartées aussi haut que possible, jusqu'à ce qu'on sente une résistance invincible due à la voûte du pharynx; on ferme alors fortement, puis on exerce un mouvement latéral de torsion qui a pour but de déchirer le tissu au delà de la partie saisie, et on extrait l'instrument par le même mouvement qu'on l'a fait pénétrer. Il se produit alors une petite hémorrhagie que l'on arrête facilement en faisant souffler le malade alternativement par les deux narines. Ceci a en outre l'avantage d'éviter la chute du sang dans la bouche. Si l'enfant est docile, on recommence une seconde fois, puis on remet la prochaine séance à quelques jours. Par la douche nasale, on pourrait débarrasser le pharynx nasal des mucosités sanglantes qui l'encombrent; les enfants s'y refusent généralement; ils en sont quittes pour moucher du sang pendant vingt-quatre heures, ce dont on préviendra les parents, de même qu'on leur expliquera que l'hémorrhagie vient non de la blessure de l'enfant, comme dans l'arrachement des dents, mais de la déchirure du tissu morbide absolument insensible; cette explication leur cause une satisfaction visible. Le meilleur traitement consécutif est de mener promener l'enfant pour calmer son émotion et de lui faire prendre une glace pour faire disparaître la sensation désagréable produite par le passage de l'instrument dans l'arrière-gorge. Comme je l'ai déjà dit, c'est l'état de la membrane tympanique dans les cas de végétations auriculaires, celui de la bouche, la nuit, dans les cas de végétations respiratoires, qui indique si l'on doit renouveler les séances.

Lorsque l'enfant est absolument indocile ou que les parents redoutent pour lui la souffrance, on peut, sans le moindre inconvénient, recourir au chloroforme, suivant la méthode de Woakes; je n'ai jamais observé le moindre accident et on a l'avantage de terminer en une fois, sauf dans les cas extrêmes. Le seul danger à craindre, c'est la suffocation par la chûte du sang dans le larynx; mais, ainsi que le fait observer Woakes, quelque profondément que soit endormi le malade, le passage de la pince derrière le voile, passage qui, chez un individu éveillé, n'est réellement pas douloureux, a pour effet certain de ramener une demi-conscience, et l'on voit avec satisfaction les mouvements de déglutition s'effectuer régulièrement. Cela n'a rien d'étonnant si l'on songe que le réflexe pharyngien est un des derniers qui subsistent. Généralement, au réveil, l'enfant vomit le sang qu'il a avalé, et ces vomissements peuvent se reproduire deux ou trois fois dans la journée, ce dont il faudra prévenir les parents. Ici encore la glace est indiquée, et il sera bon de n'alimenter l'enfant qu'au bout de quelques heures.

R. CALMETTES.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 juin 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

RECHERCHES SUR LA RAGE. Note de M. PAUL GIBIER.

Mes observations concernant la rage ont porté jusqu'à présent sur les points suivants:

1° *Mode d'inoculation.* — Pour introduire le virus rabique qu'il obtient en délayant la matière cérébrale, M. Pasteur trépane les animaux, c'est-à-dire qu'au moyen du trépan il enlève une rondelle d'os sur le crâne pour mettre les méninges à découvert; puis,

à l'aide d'une seringue de Pravaz, il injecte la matière virulente dans le cerveau. Dans une période de quinze à vingt jours les animaux inoculés meurent et chaque parcelle de leur cerveau peut, par inoculation semblable, donner la rage avec tous ses caractères.

La trépanation est un procédé long, pénible, qui exige l'emploi du chloroforme et d'aides habiles. Elle fait courir des risques sérieux aux animaux qui la subissent. Elle est accompagnée souvent d'hémorrhagies graves.

Nous avons substitué à ce procédé un mode d'inoculation beaucoup plus simple. Au moyen d'un petit foret, nous pratiquons sur la ligne médiane du crâne un petit orifice pouvant admettre une aiguille mousse s'ajustant avec la seringue. Il faut avoir soin (ce point est essentiel) de faire la perforation sur la ligne médiane pour passer dans l'espace interhémisphérique, et au niveau des circonvolutions frontales, pour éviter de blesser le sinus longitudinal supérieur. De plus, l'aiguille doit s'arrêter aussitôt après avoir traversé les os.

Ce mode opératoire permet d'opérer les chiens sans les attacher et sans chloroforme : une simple piqûre de morphine à la base de l'oreille suffit avec la muselière. L'incubation n'est pas plus longue, et même pour les petits animaux elle est plus courte, notamment pour les rats et les souris qu'il suffit d'inoculer avec l'aiguille ordinaire, pour laquelle les os du crâne de ces petits animaux offrent une très faible résistance.

2o *Transmissibilité de la rage par hérédité.*—Cette affection, d'après mes observations, paraît être transmissible de la mère au fœtus. La rage n'échappe donc pas à la loi de pathologie générale qui régit les maladies infectieuses. Si elle siège plus particulièrement dans l'axe cérébro-spinal, si ses symptômes sont surtout nerveux, elle n'en est pas moins une maladie de toute la substance. Voici deux faits à l'appui : dans le premier, il s'agit d'une lapine pleine qui mourut dix-sept jours après l'inoculation; deux jours avant de mourir, elle avait mis bas plusieurs petits qui furent allaités par une autre mère. Au bout d'un mois, ces petits lapins moururent avec des accidents convulsifs.

Dans un autre cas encore plus caractéristique, j'ai pratiqué à deux lapins l'injection intracrânienne de matière cérébrale provenant de fœtus trouvés à l'autopsie d'une lapine morte le dix-huitième jour après l'inoculation et qui avait été couverte le jour même de l'opération. Quarante jours après seulement, les deux animaux inoculés succombèrent à quelques heures d'intervalle.

3o *Valeur de la présence des corps étrangers dans l'estomac des chiens au point de vue du diagnostic de la rage.* — Cette valeur est toute relative. J'ai trouvé dans plusieurs autopsies du foin, de la paille et des débris de bois chez des jeunes chiens dont l'intestin grêle était bourré de tænias. L'injection de la matière cérébrale de ces chiens ne donna lieu à aucun résultat.

4° *Atténuation du virus rabique.* — Je crois pouvoir affirmer aujourd'hui, en m'appuyant sur des expériences nombreuses que je répète depuis un an, qu'*un certain nombre de virus peuvent être atténués par le froid*, et notamment le virus rabique.

5° *Le parasite de la rage.* — Voici le résumé de mes recherches sur ce point. Lorsqu'on examine le liquide céphalo-rachidien d'un animal qui vient de succomber à la rage, on voit, à l'aide d'un grossissement de 5 à 600 diamètres, des organismes mobiles en forme de granulations d'un caractère tout spécial. Ces granulations, en général peu abondantes dans le liquide ventriculaire, sont souvent reliées deux à deux et unies par un filament plus ou moins long et très mince à sa partie moyenne. Lorsque les granulations sont isolées, quelques-unes d'entre elles paraissent munies d'un cil. Cette disposition est sans doute due à la rupture du filament. La granulation munie de cet appendice est légèrement mobile et présente la forme d'un clou dont la tête serait arrondie et la pointe courte et fine. Dans le plus grand nombre de ces organismes, l'œil ne perçoit que la granulation. Cette disposition se retrouve dans la substance cérébrale, où ces éléments peuvent être mis en évidence au moyen de certains réactifs histochimiques colorants, sur des coupes très fines du bulbe, par exemple. Le volume de ces éléments, que nous n'avons jamais rencontrés chez des animaux sains, en nous plaçant dans des conditions identiques, peut être évalué au vingtième d'un globule rouge, soit à peu près un demi-millième de millimètre.

Recherches de M. Lacerda sur le microbe de la fièvre jaune.

M. de Lacerda soumet au jugement de l'Académie, par l'entremise de Quatrefages, un mémoire relatif à un organisme qu'il a rencontré en abondance chez les individus qui ont succombé à la fièvre jaune, et qu'il classe parmi les champignons. Ce champignon serait très répandu dans les divers organes et se trouverait particulièrement dans la bile, le foie, les reins, les liquides vomis, le cerveau.

L'auteur termine par les considérations suivantes :

Ces observations, longtemps suivies, nous ont amené à nous demander s'il ne serait pas raisonnable d'admettre que ce champignon, si abondamment répandu dans les humeurs et les viscères des individus morts de fièvre jaune, est le véritable agent qui produit la maladie. La chose me paraît assez probable, d'autant plus que certains caractères de couleur présentés par ce végétal durant son évolution s'accordent complètement avec la coloration et l'aspect de la matière du vomissement, avec la coloration du foie et de la peau. Toutefois nous ne voulons faire une affirmation qu'après avoir réalisé des études plus complètes à ce sujet. Nous allons voir s'il est possible de transporter la maladie à des animaux en leur injectant soit sous la peau, soit dans le sang, des produits de culture de ce champignon.

Seuls les résultats de ces expériences pourront nous donner une base solide pour affirmer ce qui actuellement ne peut être envisagé que comme une hypothèse assez probable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juin 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance officielle comprend : 1o un exposé des titres scientifiques de M. le docteur Blache, candidat à la place déclarée vacante dans la section des Associés libres; 2o une lettre de M. le docteur Carlet (de Grenoble) qui sollicite le titre de membre correspondant pour la section des sciences naturelles médicales; 3° un pli cacheté sur un nouvel appareil aérothérapique, par M. le docteur Maurice Dupont. (Accepté).

—M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur Dubourg (de Marmande), membre correspondant depuis l'année 1840.

Travaux présentés. — *Nouveau procédé de dosage de l'acide carbonique de l'air*, par M. Bertin (de Montpellier). — *Sur les débuts cérébraux précoces de la tuberculose chez l'adulte*, offert en hommage par M. Daremberg (de Menton).

— M. Dujardin-Beaumetz met sous les yeux de l'Académie deux instruments, dont l'un est un spéculum pour l'électrisation du col utérin et l'autre une loupe annexée à un thermomètre dont elle permet de lire les degrés de température.

— *La prophylaxie des maladies contagieuses humaines à Paris.* — M. A. J. Martin s'efforce de montrer l'insuffisance de l'Administration sanitaire à Paris. Il examine à cet effet la partie des services de cette Administration, qui concerne la prophylaxie des maladies contagieuses humaines.

Ayant décrit tout d'abord les plus importantes parmi les mesures de police sanitaire applicables à ces affections, en choisissant, par exemple, un décès par fièvre typhoïde dans un logement insalubre, il prouve qu'il faut actuellement à Paris au moins trois jours

pour que l'Administration commence à s'en préoccuper pratiquement; il lui fant un mois pour qu'elle soit bien certaine qu'on a fait dans le logement une désinfection sommaire, et si une cause quelconque d'insalubrité a été reconnue dans ce logement, plusieurs semaines au moins se passent encore, dans les cas les plus simples, pour qu'elle puisse y porter remède.

Cela tient surtout à ce que les services sanitaires de la capitale sont disséminés non seulement à la préfecture de police et à la préfecture de la Seine, mais encore parmi plusieurs bureaux différents dans l'une et l'autre de ces administrations. M. Martin énumère, en effet, la distribution actuelle de ces services; on y voit, par exemple, que la police sanitaire appliquée aux épidémies et les établissements classés dépendent d'une division de la préfecture de police dont les attributions doivent s'exercer sur un grand nombre d'autres sujets tout à fait étrangers à cet ordre de préoccupations, tandis que des attributions essentielles à la police sanitaire lui échappent et appartiennent à diverses autres divisions de cette préfecture, et même de la préfecture de la Seine. Il est aisé de concevoir, et M. Martin le démontre, que tout ce qui concerne la prophylaxie des maladies contagieuses puisse être réuni en un même service.

Au surplus, les conseils techniques ne manquent pas et les fonctionnaires sanitaires deviennent de plus en plus nombreux. Mais comme ni les uns ni les autres, dont M. Martin donne la liste et énumère les attributions, ne sont soumis à aucune direction commune et que la plupart d'entre eux reçoivent des émoluments tels que leurs fonctions ne sauraient les occuper complétement, les responsabilités s'annulent et aucun résultat appréciable, et surtout immédiat, n'est obtenu.

Comme conclusion, M. Martin fait connaître l'organisation qui pourrait être dès maintenant effectuée à Paris à cet égard, par voie de décret, sans avoir besoin de modifications légales. La création de cette organisation administrative, dont tous les éléments existent, n'exigerait aucune dépense nouvelle, et donnerait enfin à la police sanitaire dans la capitale l'autonomie, la compétence et la responsabilité qui sont réclamées depuis longtemps par tous les hygiénistes, les Sociétés savantes et les corps élus, sur le modèle des services analogues de l'étranger. — La communication de M. Martin est renvoyée à la section d'hygiène.

— M. Lagneau, au nom de M. Devilliers, absent, donne lecture du rapport sur le concours du prix proposé par la commission permanente d'hygiène de l'enfance, pour 1882.

La question proposée est la suivante : *Du sevrage et de son étude comparative dans les diverses régions de la France.*

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions de ce rapport.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juin 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Trélat dépose sur le bureau : 1° une brochure de M. Boulomier (de Vittel); l'auteur insiste sur ce point que dans le traitement de la pierre, avant l'opération, l'emploi des eaux de Vittel est contre-indiqué, car il donne des poussées inflammatoires;

2° Une observation de M. Damalin, intitulée : Hernie inguinale gauche congénitale étranglée, opération; mort dans les vingt-quatre heures, avec persistance des accidents d'étranglement.

M. Després vient donner à la Société la statistique intégrale de son service de la Charité pendant l'année 1882. Il continue toujours comme pansements l'emploi des cataplasmes, de l'eau alcoolisée, du cérat et du diachylon. Sur 542 malades, il a eu 37 décès; et, sur ces 37 décès, il y en a cinq qui sont morts de traumatismes graves dans l'espace de quelques heures, et sept sont dus à des maladies médicales intercurrentes. Les vingt-cinq autres sont la conséquence de maladies chirurgicales et d'opérations. M. Després en donne l'énumération détaillée.

— Pustule maligne. — Communication de M. Reclus.

Un jeune garçon, employé à la cuisine de l'hospice de Bicêtre, entre à l'infirmerie de cet hôpital, ayant depuis cinq jours une tumeur sur la partie latérale du cou. Cette tumeur présente à son centre une escharre de un centimètre de diamètre, sèche, déprimée et entourée d'une auréole inflammatoire, sur laquelle sont des vésicules renfermant, les unes un liquide transparent, les autres un liquide hématique; dans la région du sterno-mastoïdien existent des ganglions engorgés.

Le sang pris au bout du doigt et examiné au microscope ne contenait aucune bactéridie; il n'en existait pas non plus dans le liquide des vésicules. Les inoculations faites avec le liquide sur des lapins et des cobayes furent toutes négatives, sauf une; les cultures furent également négatives. Ces expériences ont été faites par MM. Capitan et Charrin. La seule inoculation qui fut suivie d'un résultat a été faite sur un jeune cobaye. Deux jours après sa mort, on prit du sang de la rate et du cœur de l'animal et l'on fit de nouvelles inoculations qui toutes réussirent; le sang des animaux inoculés renfermait des bactéridies charbonneuses.

Un des points importants de cette observation, c'est que le jeune malade guérit spontanément de sa pustule maligne, sans autre traitement que des cataplasmes; un point à noter aussi, c'est que l'enfant avait l'habitude de porter sur son épaule des quartiers de viande, ce qui n'est peut être pas étranger au développement de l'affection.

M. Després : Je ne conteste pas la guérison spontanée de la pustule maligne, j'en ai vu deux cas. Seulement, dans l'observation de M. Reclus, il y a deux points qui me plongent dans le doute au sujet du diagnostic. C'est d'abord l'existence des ganglions, car il n'y en a jamais dans la pustule maligne; peut-être avait-il auparavant une écorchure qui aura donné lieu aux ganglions, et par laquelle il se sera inoculé. Le second point, c'est l'époque de la chute de l'escharre; dans l'observation de M. Reclus, elle est tombée le dix-huitième jour, tandis qu'habituellement c'est au neuvième jour qu'elle se détache.

Malgré les faits de guérison spontanée, il ne faut jamais, à mon avis, rester inactif et ne pas traiter une pustule maligne.

Une des raisons de la guérison spontanée de ce malade, c'est son jeune âge d'abord; en outre, les pustules malignes observées à Paris sont, en général, moins graves que celles que l'on observe à la campagne.

M. Lucas-Championnière : Il existe sur la pustule maligne un mémoire d'un médecin russe, le docteur Jarnowski, qui a signalé que celles de ces pustules qui se développent sur les membres sont moins graves et guérissent plus facilement, plus spontanément, que celles qui se développent sur la face ou le tronc. Quant à l'absence constante des ganglions, je ne serai pas aussi affirmatif que M. Després; il en est de même pour la chute des escharres qui, je crois, n'a pas d'époque fixe. De plus, tous les auteurs sont d'accord pour considérer la pustule maligne plus grave à Paris que dans les campagnes

M. Pozzi a traité un cas de pustule maligne type, dans lequel le sang du malade ne contenait aucune bactéridie. Il y a donc certains cas de pustules dans lesquelles il n'y a pas de bactéridies, et il se demande si celle-ci n'est pas seulement caractéristique des formes malignes, où il y a injection de sang, intoxication générale.

M. M. Sée se demande si, dans les expériences faites à Bicêtre, les animaux qui ont succombé n'ont pas succombé à la septicémie et non au charbon.

— M. Terrier fait une communication sur l'emploi du jéquirity dans les conjonctivites granuleuses. Il a employé une solution à un gramme pour cinquante; sur deux cas, il a obtenu une fois un succès relatif; dans le second cas, il a eu un insuccès absolu.

Dr Henri Bastard.

FORMULAIRE

Pilules contre les sueurs nocturnes des phthisiques.

(Kruszka).

Rec. Agaric blanc........... 0,10 centigr.
Poudre de Dower....... 0,06 —
Sucre blanc........... 0,60 —

L'adjonction de la poudre de Dower à l'agaric blanc a pour effet de prévenir les coliques qu'occasionne l'usage de ce dernier médicament.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Thèses d'agrégation.

De la sclérodermie, par le docteur C. Leroy. — Paris, 1883.

Après avoir revendiqué pour Alibert au préjudice de Thirial ou de Forget la première description de la maladie, l'auteur fait les symptômes, les formes, l'anatomie pathologique, à propos de laquelle il passe en revue les lésions de la pean, celles des tissus sous-jacents, celles du système nerveux ; puis, dans une énumération un peu longue peut-être, il fait le diagnostic avec l'asphyxie locale des extrémités, la lèpre, la cachexie pachydermique, la kéloïde, l'ichthyose, l'éléphantiasis des Arabes, l'aïnhum, l'hémiotrophie faciale. Il expose, sans se prononcer en faveur de l'une ou de l'autre, et sans chercher peut-être assez à les concilier, la théorie qui fait de la sclérodermie une dermatose de nature rhumatismale et la théorie qui en fait une lésion consécutive à une altération du système nerveux ; il passe en revue les notions étiologiques signalées déjà : influence des cachexies, de la scrofule, du froid, du nervosisme, l'influence favorable du sexe féminin sur le développement de la lésion ; il donne les indications thérapeutiques : toniques, courants continus appliqués sur la colonne vertébrale, etc.

Un point nouveau et intéressant, quoiqu'il ne résulte point des vues originales de l'auteur, est la description de la morphée d'après les auteurs anglais et séparée par eux de la sclérodermie en plaques. M. Leroy la considère comme une variété, un des stades de la sclérodermie. A cet égard, l'opinion de M. Leroy est discutée et combattue dans une thèse récente de M. Pautry (1). Ce dernier, avec Filleury, Foy et Vidal, admet l'existence indépendante de la morphæa alba d'Erasmus Wilson, il montre qu'ici, comme pour beaucoup d'affections cutanées, l'absence de terminologie exacte, les observations prises avec idée préconçue, sont souvent causes de confusion. Pouvant siéger sur tous les points du corps, dit M. Pantry, les plaques lardacées de la morphæa alba, entourées d'un cercle lilas (lilac ring) sont souvent le siège d'une ulcération centrale difficile à guérir ; elles s'accompagnent quelquefois d'une diminution légère de la sensibilité ; les sécrétions à leur niveau sont souvent taries par une prolifération conjonctive plus tard suivie de cicatrice autour des vaisseaux, des glandes, des follicules pileux, des conduits sudoripares. Symétrique, selon M. Pautry, ou suivant le trajet d'un nerf, la morphæa alba se distingue encore de la sclérodermie en plaques par l'existence dans celle-ci de plaques plus dures, plus larges, dont la résolution n'entraîne ni l'atrophie de la peau, ni la chute des poils, ni la destruction des glandes sébacées.

Les idées de M. Pautry, on le voit, diffèrent sensiblement de celles de M. Leroy ; aussi avons-nous cru utile de rapprocher ces deux thèses, afin de montrer les divers aspects sous lesquels on peut envisager la question.

Dr Derignac.

(1) *Essai sur la morphæa alba* (variété de lésion trophique de la peau), par le docteur H. Pantry. Thèse de Paris, 1883.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Faculté de médecine de Paris. — Les questions suivantes ont été données aux candidats du concours du prosectorat :

A. — *Epreuve orale de physiologie :* 1o Théorie de la sécrétion glandulaire ; 2o Physiologie du nerf spinal.

B. — *Epreuve de médecine opératoire :* 1o Ligature de l'artère humérale à sa partie moyenne ; 2o Désarticulation tibio-tarsienne.

C. — *Epreuve orale de pathologie :* 1o Les ruptures traumatiques de l'urèthre ; 2o Les plaies de l'intestin.

***

Concours de l'agrégation. — Les sujets de thèse suivants ont été donnés aux candidats du concours de l'agrégation pour la section d'histoire naturelle médicale et pour celle d'anatomie et de physiologie :

A. — *Histoire naturelle médicale.*

M. Henneguy. — Les Lichens utiles.
M. Beauvisage. — Les Galles utiles.
M. Granel. — L'Ergot, la Rouille, la Carie des céréales.
M. Lemaire. — Les Diptères nuisibles à l'homme.
M. Mangenot. — Les Algues utiles.
M. Macé. — Les Lycopodiacées utiles.
M. Blanchard. — Les Coccidées utiles.

B. — *Anatomie et physiologie.*

M. Sadler. — Développement du rein et de l'uretère.
M. René. — Développement de l'arbre broncho-pulmonaire.
M. Imbert. — Développement de l'utérus et du vagin.
M. Demon. — Développement de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif.
M. Wertheimer. — Développement du foie et du système porte abdominal.
M. Debierre. — Développement de la vessie, de la prostate et du canal de l'urèthre.
M. Reynier. — Développement de la partie sus-diaphragmatique du tube digestif.
M. Variot. — Développement des cavités et des moyens d'union des articulations.
M. Quenu. — Développement du cœur et du péricarde.
M. Planteau. — Développement de la colonne vertébrale.

— *Sections d'anatomie et physiologie et d'histoire naturelle.* — Les questions données pour l'épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation sont :

A. — *Histoire naturelle :* 1° Des arbres à baume de tolu et du Pérou ; 2° les graminées utiles ; 3° les plantes à caoutchouc et à gutta-percha ; 4° les ipécacuanhas.

B. — *Anatomie et physiologie :* 1° Les milieux transparents de l'œil ; 2° l'oreille moyenne ; 3° les voies biliaires, la bile et ses usages ; 4o les nerfs du goût (anatomie et physiologie) ; 5o le pharynx (anatomie et physiologie).

— Les questions suivantes ont été données aux candidats de la section d'histoire naturelle pour l'épreuve orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation :

M. Blanchard. — Les Bothriocéphales de l'homme.
M. Lemaire. — Les Ascarides et les Oxyures de l'homme.
M. Henneguy. — Les Ténias inermes de l'homme.
M. Granel. — Les Arachnides nuisibles à l'homme, les Acariens exceptés.
M. Mangenot. — Les Filaires de l'homme.
M. Beauvisage. — L'Anchylostome duodénal et les Dochmins.
M. Macé. — Les Strongles du rein de l'homme.

***

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS INTERNES DES HÔPITAUX DE PARIS. — Les élections pour le comité d'administration ont donné les résultats suivants :

Sur 135 votants, ont obtenu : MM. Hardy, Lunier, Paquet (de Lille), Thomas (de Tours), 134 voix; MM. Després, Pamard, Tillot, 133 voix; MM. Brouardel, Chauffard, Ballet, 132 voix; M. Bottentuit, 129 voix; M. Piogey, 126.

En conséquence, le comité s'est réuni le 18 mai chez M. Hardy, où le bureau a été constitué de la sorte : président, M. Hardy ; vice-président, M. Lunier ; trésorier, M. Piogey ; secrétaire, M. Bottentuit.

A partir de ce jour, les demandes d'admission doivent être adressées à M. Piogey, 24, rue Saint-Georges.

Nous rappelons qu'on peut être membre fondateur en s'engageant à verser 150 francs une fois donnés, et que pour être membre souscripteur il y a 12 francs à verser annuellement; toutefois, les membres souscripteurs peuvent devenir fondateurs en ajoutant aux cotisations déjà versés la somme nécessaire pour parfaire 150 francs.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 15 JUIN AU JEUDI 21 JUIN 1883.

Fièvre typhoïde 36. — Variole 14. — Rougeole 29. — Scarlatine 5. — Coqueluche 19. — Diphthérie, croup 33. — Dysenterie 1. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 58. — Phthisie pulmonaire 212. — Autres tuberculoses 9. — Autres affections générales 64. — Malformation et débilité des âges extrêmes 46. — Bronchite aiguë 26. — Pneumonie 62. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 65, — au sein et mixte 41. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 85. — de l'appareil circulatoire 67. — de l'appareil respiratoire 68. — de l'appareil digestif 44 — de l'appareil génito-urinaire 28. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 33. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1074 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

PATHOGÉNIE ET ACCIDENTS NERVEUX DU DIABÈTE SUCRÉ, par le docteur Dreyfous. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

DU TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE AIGUE, par le docteur Debrenel. In-8, 1883. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.**

Paris, le 5 juillet 1883.

Académie de médecine. — LE LATHYRISME MÉDULLAIRE SPASMODIQUE ; SES RELATIONS AVEC LES DIFFÉRENTES FORMES DE BÉRIBÉRI.

M. Proust a eu récemment l'occasion d'observer en Kabylie une affection épidémique qui sévit à intervalles plus ou moins éloignés dans certains districts de notre colonie africaine. Cette affection se caractérise par une symptomatologie bien tranchée, qui porte à croire qu'au début la détermination anatomique se fait du côté de la moelle et consiste dans une myélite transverse, laquelle entraînerait consécutivement une dégénérescence des faisceaux latéraux. C'est-à-dire qu'après avoir réalisé avec beaucoup de ressemblance le tableau de la myélite transverse cette affection, dans une seconde phase, revêt les allures du tabes dorsal spasmodique.

Ce diagnostic anatomique, auquel se rallie M. Proust, a été posé par M. Bouchard, l'éminent professeur de pathologie générale de la Faculté de médecine de Paris, qui a été également à même d'étudier cette épidémie sur place.

Quant à la cause de cette épidémie locale, dont la population indigène a été seule victime, elle résiderait dans une intoxication d'origine alimentaire. Les accidents décrits par M. Proust, et sur lesquels nos lecteurs trouveront des renseignements détaillés au compte rendu de l'Académie de médecine, seraient dus à l'usage ou plutôt à l'abus de certaine légumineuse, le *Lathyrus cicera*, désignée par les Arabes sous le nom de gesses ou de djilben, et dont les Kabyles sont réduits à consommer de grandes quantités en temps de famine. De là le nom de *lathyrisme* donné à l'affection en cause. M. Proust accorde d'ailleurs une certaine influence étiologique au froid humide, qui interviendrait comme cause occasionnelle.

Cette interprétation étiologique a été combattue par M. Le Roy de Méricourt. Les épidémies de lathyrisme, a fait remarquer ce médecin distingué, éclatent à de rares intervalles, dans un pays où la légumineuse incriminée entre constamment et pour une large part dans l'alimentation des indigènes; d'un autre côté, elles se montrent aux époques de famine et elles se développent sous l'influence directe du froid humide. Pour ces raisons, M. Le Roy de Méricourt voit dans l'affection décrite sous le nom de lathyrisme une des modalités du béribéri, cette maladie de misère, endémique dans certains pays chauds, et qui serait le fruit de l'action nocive du froid et de l'humidité sur des organismes détériorés par l'inanition habituelle. M. Rochard a repoussé cette assimilation, sous prétexte que le béribéri se caractérise surtout par des œdèmes et des hydropisies et que les phénomènes paralytiques, quand il en existe, ont une importance tout à fait secondaire et surviennent consécutivement aux autres manifestations.

M. Le Roy de Méricourt a répondu qu'au point de vue de son expression symptomatique le béribéri, qui est encore fort mal connu, n'est pas *un;* qu'il comprend des formes variées, entre autres une forme paralytique d'emblée, qui se prête à un parallèle avec l'affection décrite par M. Proust.

Si l'on tient compte des publications les plus récentes sur le béribéri, dont on a voulu faire l'*anémie pernicieuse progressive* des pays intertropicaux, force est de reconnaître que M. Le Roy de Méricourt est dans le vrai. Nous n'en citerons comme preuve que les travaux les plus récents de Wernich, d'Anderson, de Simmons, de Scheube, qui ont eu pour objet l'étude du *kak-ke*, la forme japonaise du béribéri et certainement la mieux connue.

Sans doute le *kak-ke* se manifeste habituellement et débute parfois par des œdèmes, des hydropisies et des troubles de circulation locale qui peuvent donner le change sur la nature et la localisation des lésions. Mais, outre que cette forme hydropique d'emblée est relativement rare, les œdèmes et les hydropisies offrent des caractères qui permettent d'en faire des troubles vaso-moteurs.

Enfin le *kak-ke* se caractérise par un ensemble de manifestations du côté des appareils musculaires et nerveux, qui autorisent un parallèle avec le syndrome dont M. Proust a fait l'expression du lathyrisme, comme on en jugera par les lignes suivantes :

Le symptôme constant et prédominant de la maladie consiste dans un trouble de la motilité qui débute par les membres inférieurs et reste souvent limité à cette partie du corps. Tout d'abord les malades accusent de la faiblesse, et cette parésie, qui est marquée surtout aux jambes, peut aller jusqu'à la paralysie complète, au point que les malades ne peuvent plus marcher ni se tenir debout. Quand la marche est encore possible, elle offre un cachet spécial; la plante du pied se détache du sol d'une seule pièce et retombe de même, comme un marteau. Lorsque, par le fait de cette impuissance motrice les malades sont relégués dans le lit et qu'ils peuvent encore remuer leurs jambes, on constate que la paralysie prédomine aux extenseurs; le pied est dans l'attitude du varus équin. Quand elle affecte une grande intensité, la paralysie des membres inférieurs gagne les muscles abdominaux; les mouvements expiratoires sont faibles, il se développe une constipation opiniâtre. Assez souvent la paralysie gagne les membres supérieurs, mais elle y est moins prononcée qu'aux

jambes; il est tout à fait exceptionnel qu'elle frappe les muscles innervés par des nerfs craniens.

En même temps que la paralysie motrice, on observe des contractures toniques des muscles fléchisseurs, surtout des muscles du mollet, qui s'opposent à l'extension active et passive de la jambe et à la flexion du pied. Ces contractures sont très douloureuses; elles sont aussi très tenaces et peuvent persister indéfiniment après la disparition des autres symptômes de la maladie. Tantôt elles sont provoquées par la marche; tantôt elles se développent spontanément. Il n'y a jamais de tremblement, ni d'incoordination motrice. Chez un certain nombre de malades, on a noté le phénomène de Romberg, c'est-à-dire l'impossibilité de se tenir d'aplomb, les yeux fermés.

Si le tremblement proprement dit fait habituellement défaut, des tremblements *fibrillaires* dans les muscles paralysés sont de règle et coïncident avec une atrophie de ces muscles, qui atteint une intensité variable. De même, on note une diminution de l'excitabilité galvanique des nerfs et des muscles paralysés, dont le degré est en rapport avec celui de l'atrophie.

Avec la paralysie motrice coïncide toujours un certain degré d'anesthésie, qui intéresse uniquement la sensibilité tactile. Les malades éprouvent en outre des sensations anormales (lourdeur, fourmillements, douleurs), principalement dans les masses musculaires. Enfin, dans un tiers des cas environ, on a constaté l'abolition des réflexes patellaires.

Il existe aujourd'hui un certain nombre d'examens nécroscopiques qui nous renseignent d'une façon positive sur les lésions dont relèvent ces accidents nervo-musculaires. Ces lésions consistent dans une inflammation du tissu conjonctif interstitiel (cirrhose) des nerfs et des muscles, qui aboutit à l'atrophie des éléments propres; dans deux cas, les altérations périphériques avaient entraîné consécutivement une atrophie circonscrite des cornes antérieures; à part cela, les centres nerveux n'ont jamais présenté que des altérations d'ordre cadavérique. Notons encore que deux fois la névrite avait envahi le nerf vague, pour rapprocher ce fait de l'opinion exprimée par M. Proust, que l'action toxique du lathyrisme se localise au début dans le bulbe, au voisinage des noyaux d'origine du pneumogastrique. En se basant sur ces résultats nécroscopiques, M. Scheube (1) de Kioto, a conclu que le substratum anatomique du *kak-ke* réside dans une *névrite multiple à marche subaiguë*, et, ajoute-t-il, *développée par un poison spécifique*. Cette dernière opinion nous amène à parler de l'étiologie attribuée au kak-ké et des rapprochements possibles de cette forme du béribéri avec le lathyrisme.

(A suivre).

E. RICKLIN.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE OU SUS-PUBIENNE,
par M. G. BOUILLY, professeur agrégé, etc.

Suite. — Voir le numéro précédent.

MANUEL OPÉRATOIRE. — Nous en emprunterons en grande partie la description à l'excellente thèse de M. Bronssin.

La taille hypogastrique ne comporte pas d'instrumentation spéciale; « cette opération peut se faire partout et avec les instruments de la trousse des chirurgiens (Dulles). »

Deux bistouris, un droit et un boutonné, une sonde cannelée, des sondes uréthrales, une seringue à anneaux, des tenettes droites et courbes, des brise-pierres, des drains de fort calibre, un ballon de caoutchouc pour distendre le rectum, constituent tout l'arsenal.

Le malade est soigneusement purgé la veille et a pris le matin même un grand lavement pour bien vider le rectum; il est couché sur une table assez haute, le bassin soulevé par un coussin ou une alèze pour reporter la masse intestinale vers le diaphragme et l'empêcher de s'abaisser sur la vessie et le cul-de-sac péritonéal. Les régions pubienne et hypogastrique ont été rasées et lavées à la solution phéniquée forte.

L'opérateur se place à la droite du patient et fait mettre un aide en face de lui. Un seconde aide passe les instruments, un troisième donne le chloroforme. Il est inutile de maintenir les membres inférieurs ni le cathéter.

Le malade étendu sur le dos et anesthésié, on introduit dans la vessie une sonde métallique à robinet, si cela est possible, ou bien simplement une sonde de gomme que l'on ferme avec un fosset, et dans le rectum le ballon en caoutchouc enduit de vaseline. Ce ballon, à parois épaisses et également résistantes en tous les points, est muni d'un tube fermé par un robinet. Il représente tout à fait le pessaire à air de Gariel. La sonde et le ballon rectal en place, on pratique le lavage de la vessie avec les précautions que nous avons indiquées plus haut, et l'on procède ensuite à sa distension. Celle-ci est obtenue au moyen d'une injection d'acide borique en solution à 4 pour 100, faite lentement et avec douceur jusqu'à ce que la main de l'opérateur juge à la résistance du piston de la mise en jeu de la contractilité vésicale à laquelle il faut céder sous peine des accidents les plus graves. La quantité de liquide à injecter varie entre 200 et 400 grammes. Avant de faire l'injection, on lie la verge avec un tube en caoutchouc que l'on arrête avec une pince à pression pour empêcher le liquide de passer entre la sonde et les parois uréthrales.

La vessie distendue, on gonfle le ballon rectal avec de l'eau à la température du corps jusqu'à ce que la vessie fasse une saillie notable dans la région hypogastrique, au-dessus de la symphyse pubienne. Ce résultat est obtenu avec 400 à 600 grammes de liquide injecté; la quantité peut être moindre si l'on a affaire à des sujets dont le tissu cellulo-adipeux est développé (Petersen). Il est bon de s'assurer par le toucher rectal de la bonne position du ballon, de reconnaître s'il n'est pas plié en deux et de le maintenir avec le doigt s'il a tendance à sortir.

Ces préliminaires achevés, on incise les téguments exactement sur la ligne médiane, de manière à tomber sur la ligne blanche peu large à ce niveau et à éviter les fibres musculaires dont la section donne du sang qui ne permet pas de voir nettement où l'on est. L'incision d'une étendue de 9 à 12 centimètres, suivant les sujets, doit descendre au delà du bord supérieur du pubis; on a ainsi un point de repère assuré formé par le bord de l'os et l'on évite la formation d'un clapier en ce point.

La ligne blanche reconnue, on fait sur elle, au niveau du bord de la symphyse, une petite incision par laquelle on introduit la sonde cannelée qui se dirige alors de bas en haut. On refoule ainsi le cul-de sac péritonéal et l'on évite de se perdre

(1) SCHEUBE, *Die Japanische Kak-ke*. DEUTSCHE ARCHIV. FUR KLIN MEDICIN, t. XXI et XXXII.

dans les muscles pyramidaux, ce qui peut arriver quand on incise de haut en bas; car, au niveau des insertions supérieures de ces petits muscles, la lame peut se dévier latéralement et tomber dans les fibres musculaires.

La ligne blanche incisée, en écartant les muscles droits on aperçoit le tissu cellulo-graisseux prévésical, facile à reconnaître à sa couleur jaunâtre caractéristique. Lorsqu'il est un peu abondant, il vient faire hernie de lui-même. On peut y reconnaître quelquefois les fibres du fascia transversalis.

Il est possible que la vessie apparaisse entre les lèvres de la plaie, poussée par la tension intra-abdominale (Petersen); le plus souvent, cette saillie ne se produit pas; mais la vessie peut être sentie par la palpation. Dans le cas de doute, on pourrait injecter une nouvelle quantité de liquide dans le ballon rectal pour faire remonter davantage le réservoir urinaire ou faire basculer avec précaution la sonde de manière à déprimer la paroi antérieure de l'organe avec le bec de l'instrument. En tout cas, la palpation et la recherche avec le doigt de cette paroi antérieure doivent être faites avec une extrême douceur pour éviter la déchirure du tissu cellulaire rétro-pubien.

La vessie bien reconnue, on procède à son ouverture. Avec le ballonnement du rectum, on n'a plus à craindre le retrait du réservoir urinaire aussitôt ouvert et il n'est pas besoin de le fixer avec des pinces-érignes, ou un fil comme le recommandent Bell, Flury, Dulles, Baudon, Petersen, ni avec un instrument spécial comme l'a conseillé Th. Anger. La manière d'inciser la vessie diffère un peu suivant les opérateurs : on peut, après avoir refoulé le tissu cellulaire prévésical et fait maintenir par un aide le cul-de-sac péritonéal et la masse des intestins, ponctionner franchement au niveau du pubis et inciser de bas en haut dans une étendue de 2 à 3 centimètres (Günther, Amussat). Petersen recommande d'inciser le tissu cellulaire prévésical sur la sonde cannelée, de lier les grosses veines distendues de la région, de fixer la vessie avec une érigne et d'inciser la paroi vésicale couche par couche en liant les artérioles à mesure qu'elles sont ouvertes. Puis, arrivé à la muqueuse que l'on reconnaît à sa teinte gris-ardoise, on l'incise en ponctionnant.

F. Guyon procède actuellement de la manière suivante : « Lorsque après l'incision de la ligne blanche, on arrive sur le fascia transversalis et le tissu cellulaire prévésical, on saisit les fibres aponévrotiques et celluleuses avec une pince et on les incise en dédolant le plus près possible du pubis, puis avec le doigt indicateur de la main gauche, on agrandit l'incision de 3 à 4 centimètres en déchirant et on refoule le tissu cellulaire avec ce qu'il contient et le cul-de-sac péritonéal qui n'étant plus retenu remonte facilement. Ceci fait, on maintient le tout avec son doigt indicateur gauche et sur l'ongle comme conducteur, on procède comme dans la trachéotomie : on ponctionne la vessie et on descend l'incision vers le pubis. La vessie est nettement et franchement incisée, et s'il se produit ensuite une hémorrhagie, le sang ne gêne plus l'opérateur qui n'a plus besoin pour guide que de son doigt; du reste, il se passe le même phénomène que dans la trachéotomie; l'incision de la trachée arrête l'écoulement du sang. Il en est de même de l'incision de la vessie (Broussin). »

La longueur moyenne de l'incision est de 4 à 5 centimètres; si elle est insuffisante, on peut l'agrandir par en bas avec le bistouri boutonné, mais il faut se garder de descendre trop bas, de crainte des gros plexus veineux qui entourent le col vésical et dont la blessure peut donner lieu à des hémorrhagies très graves. L'incision vésicale ne donne en général qu'un écoulement sanguin peu abondant qui s'arrête rapidement et de lui-même, surtout dès que le ballon rectal est dégonflé.

Dans les cas exceptionnels où une contractilité exagérée de la vessie ou sa réplétion complète par un volumineux calcul s'oppose à sa distension par l'injection, on incise l'organe sur l'extrémité du cathéter ou sur le calcul lui-même.

Aussitôt la vessie incisée, l'opérateur introduit dans la plaie le doigt recourbé en crochet qui maintenait le cul-de-sac péritonéal et soutient ainsi l'organe comme avec un gorgeret suspenseur. L'urine s'écoule et la vessie se rétracte, mais soutenue par le ballon rectal elle ne peut se cacher derrière le pubis. La sonde est retirée et le doigt explore la cavité vésicale pour se rendre compte de la situation et du volume du calcul. S'il est de petite dimension, il peut être d'emblée retiré avec le doigt. Le plus souvent, il nécessite l'emploi des tenettes. Mais avant de le charger, il est bon de le basculer avec le doigt, de manière à mettre son plus petit diamètre dans l'axe de la plaie vésicale. On l'extrait alors par des tractions lentes et douces exercées de droite à gauche en évitant de produire une déchirure de la vessie presque fatale quand les dimensions du calcul sont considérables.

La pierre extraite, on explore la cavité vésicale pour s'assurer de sa complète vacuité. Les incrustations des parois par des matières calcaires doivent être abandonnées : leur ablation pourrait donner lieu à des déchirures de la muqueuse ou des fongosités qui la tapissent et à une hémorrhagie mortelle (Dolbeau). Puis on fait de grands lavages vésicaux avec la solution d'acide borique à 4 pour 100 et on touche légèrement les bords de la plaie abdominale avec la solution phéniquée forte.

Nous terminerons la description du manuel opératoire par l'exposé rapide de quelques procédés peu recommandables à notre sens, les uns déjà anciens tombés en désuétude, les autres plus récents ne nous paraissant pas appelés à faire fortune, imaginés dans le but de prévenir l'infiltration d'urine après l'ouverture de la vessie. Pour obtenir ce résultat, on a pensé à développer dans le tissu cellulaire prévésical une inflammation légère qui formerait barrière à toute infiltration, soit en faisant l'opération en deux temps, soit en employant le thermocautère ou le galvano-cautère.

Vidal (de Cassis), reprenant une idée déjà ancienne, a proposé de faire à l'aide des caustiques, dans un premier temps, l'ouverture de la paroi abdominale jusqu'à la paroi vésicale exclusivement et de pratiquer dans une seconde séance l'incision de la vessie et l'extraction du calcul, après inflammation adhésive des tissus de la région. Ce procédé, mis en pratique par le professeur Almeida (de Lisbonne), lui a donné 7 morts sur 23 opérés, soit 30 pour 100 (D'Olle Meira Martins).

Valette (de Lyon), après avoir incisé la paroi abdominale et le tissu cellulaire, passa au moyen de la sonde à dard une anse double de fil de platine destinée à maintenir dans le fond de la plaie des tranches de pâte de Canquoin. Plus tard, après le développement de l'inflammation et l'escharification de la vessie, celle-ci fut ouverte. Sur quatre malades opérés de cette façon, trois guérirent sans complications; le quatrième mourut d'une affection étrangère à l'opération (Perret).

Plus récemment, Langenbuch a proposé de faire au-dessus du pubis une incision curviligne qui dessine un lambeau à bord supérieur et de pénétrer dans l'abdomen immédiatement au-

dessus de la symphyse et le plus loin possible du cul-de-sac péritonéal. Puis, on applique un pansement antiseptique et quelques jours après, quand il s'est formé une véritable barrière protégeant le cul-de-sac péritonéal, on ouvre la vessie et on retire la pierre.

Amussat fils a fait la taille hypogastrique avec le galvanocautère et M. Th. Anger, au dernier congrès de Londres, a recommandé l'emploi du thermo-cautère.

Dans certaines circonstances rares, quand on ne peut soulever la vessie à l'aide du ballonnement du rectum, quand on a lieu de redouter un abaissement anormal du cul-de-sac du péritoine, quand la mauvaise qualité des urines, impossible à modifier par les lavages antiseptiques, fait craindre une infiltration dangereuse au moment de l'ouverture de la vessie, peut-être serait-on en droit de recourir à ces procédés d'exception; mais aucun d'eux ne peut ni ne doit remplacer couramment l'opération faite au bistouri en un seul temps telle que nous l'avons décrite.

(A suivre.)

REVUE GÉNÉRALE

Médecine

Contribution a l'étude de l'acétonurie et du coma diabétique.

Parmi les complications ultimes qui mettent fin à l'existence des diabétiques se trouve un état comateux accompagné d'une dyspnée nerveuse et d'une odeur spéciale de l'haleine (chloroforme et vinaigre). On a englobé ces accidents sous le nom d'*acétonurie*, parce qu'on a cru à un moment donné pouvoir les rattacher à une intoxication autochtone par l'acétone; l'inexactitude de cette opinion est aujourd'hui avérée.

Ce mode de terminaison du diabète, si on en juge par quelques-unes des statistiques les plus récentes, paraît être beaucoup plus fréquent qu'on ne le pourrait supposer en consultant les traités classiques. Ainsi S. Mackensie (1) l'a noté 19 fois sur 37 cas de diabète traités à *London Hospital* et 26 fois sur 43 autres cas de diabète traités à *Guy's Hospital*. D'après les faits qu'il a observés, le médecin de Londres se croit autorisé à conclure que la mort dans le coma frappe principalement les diabétiques jeunes, chez lesquels la maladie évolue avec une certaine acuité, dont les poumons sont indemnes ou envahis seulement par les lésions de la phthisie commençante.

Dans un travail remarquable sur le coma diabétique, M. Frerichs n'en rapporte pas moins de 25 exemples qu'il a observés personnellement et sur lesquels il possède des renseignements détaillés. Il a réparti ces faits en trois groupes : le premier comprend les cas de diabète à mort rapide, les malades ayant succombé dans la somnolence et le coma en l'espace de quelques heures, après avoir été frappés, sans prodrômes, d'une faiblesse générale avec pouls défaillant et refroidissement des extrémités. Parmi les malades de ce premier groupe, les uns étaient déjà consumés par le marasme, tandis que d'autres conservaient encore de l'embonpoint.

Les faits du second groupe diffèrent de ceux du premier en ce que la phase comateuse terminale était précédée par des prodromes : faiblesse générale, accidents gastriques, nausées, vomissements, constipation opiniâtre, — ou par quelque affection locale, telle que abcès dentaire, pharyngite, phlegmon avec tendance à la gangrène, bronchite, broncho-pneumonie. Avant de tomber dans la somnolence et le coma, les malades étaient pris de céphalalgie, d'agitation avec délire, d'une grande angoisse, quelquefois de véritables accès de manie, de dyspnée; par moments, ils faisaient des inspirations et des expirations profondes, même quand les voies respiratoires étaient libres; le pouls était rapide et faible; la température corporelle descendait au-dessous du niveau physiologique (36°-35°,3). Durée des accidents, de trois à cinq jours.

Dans le troisième groupe, M. Frerichs a réuni les observations de diabétiques qui, sans la moindre dyspnée, sans la moindre angoisse, avec un pouls assez ferme et des forces assez bien conservées, éprouvèrent tout d'un coup de la céphalalgie, une sorte d'ivresse entraînant la titubation, et finalement de la somnolence qui aboutit peu à peu au coma et à la mort.

Ces accidents, dont le diagnostic étiologique ne prête à aucune difficulté quand on est en présence d'un diabétique avéré ou qu'on a soin d'examiner les urines des malades au point de vue du sucre, entraînent un pronostic très grave. Cependant M. Frerichs, comme d'autres cliniciens, a observé des malades qui ont échappé à ces accidents, qu'on est tenté de mettre sur le compte d'une intoxication autochtone.

Les nombreux remèdes qu'on a proposés contre ces accidents se sont tous montrés également inefficaces. Comme tels, M. Frerichs cite en particulier la transfusion, l'administration de l'eau oxygénée, des stimulants, des solutions faibles de phosphate de soude et de chlorure de sodium, les injections sous-cutanées d'éther, d'huile camphrée, l'emploi des antizymotiques, acide phénique, acide salicylique, etc.

Pour ce qui est de la cause prochaine du coma diabétique, elle nous échappe encore à l'heure présente. M. Frerichs a passé successivement en revue les différentes théories qu'on en a données et il démontre sans peine leur insuffisance : Les altérations des centres nerveux, invoquées par les uns, ne sont pas constantes; d'ailleurs elles consistent souvent en lésions dont les symptômes nous sont bien connus et qui ne sauraient être confondues avec le *coma diabétique*.

On a parlé d'un épaississement du sang par suite d'une accumulation de sucre dans ce liquide, d'une altération morphologique et fonctionnelle des globules rouges. C'est là une hypothèse gratuite, qui a inspiré des tentatives thérapeutiques malheureuses.

On a invoqué une insuffisance de la sécrétion urinaire, pour englober le coma diabétique dans l'urémie. M. Frerichs relate une observation d'urémie chez un diabétique, qui démontre péremptoirement qu'il n'y a pas d'assimilation possible entre cette intoxication survenue sous l'influence de la maladie de Bright et l'intoxication diabétique qui engendre un coma mortel. Récemment, M. Ebstein avait attribué ce coma à une rétention des principes excrémentitiels dans le sang, occasionnée par une nécrose de l'épithélium rénal au niveau des anses de Henle. Cette lésion est trop inconstante pour qu'on lui puisse attribuer le rôle en question. D'autre part, M. Frerichs a constaté que chez les diabétiques les cellules épithéliales des tubulis étaient constamment le siège d'une dégénérescence hyaline, due à l'accumulation de glycogène dans ces cellules. Par le seul fait de sa constance à l'autopsie des diabétiques ayant succombé à n'importe quelle complication, cette dégé-

(1) S. Mackensie, *On the pathology of diabetes*. Brit. med. Journal, 1883, 7 april.

nérescence ne saurait être incriminée comme cause des accidents comateux.

M. Frerichs n'a jamais pu découvrir de traces des embolies graisseuses des vaisseaux des poumons, des glomérules du rein, du foie, et du cerveau, qu'on a voulu faire intervenir dans la pathogénie du coma diabétique.

Enfin il est assez communément admis aujourd'hui que l'acétone et l'éther diacétique, qu'on a considérés pendant longtemps comme les agents de cette intoxication autochtone, n'ont aucune part dans le développement du coma diabétique. L'éther diacétique ne préexiste pas dans l'urine et, à plus forte raison, dans le sang des diabétiques.

C'est impunément, d'ailleurs, qu'on a pu injecter des quantités notables d'acétone et d'éther diacétique dans le sang d'animaux utilisés pour des expériences de laboratoire.

— M. Jaksh (1) a précisément démontré (*Zeitschrift für physiolog. Chemie*, t. VI, p. 541, 1882) que l'acétone est un produit de désassimilation qui se rencontre dans le sang et l'urine à l'état physiologique. La proportion d'acétone augmente dans nos humeurs sous l'influence de certains états pathologiques. Dès 1860, Kaulich (*Prager Vierteljahrschrift*, t. XVII, p. 55) nous fit connaître l'acétonurie diabétique. M. Jaksh, dans son travail récent, étudie successivement : 1o l'acétonurie qui se développe sous l'influence de l'état fébrile ; 2o l'acétonurie diabétique ; 3o l'acétonurie qui survient dans certaines formes de carcinome ; 4o une acétonurie qui affecte les mêmes caractères que l'*acétonhémie* de Kaulich et de de Cantani.

D'après les recherches de Jaksh, toute affection fébrile, quelle qu'en soit la nature, s'accompagne d'acétonurie; la quantité d'acétone éliminée par les urines, qui peut s'élever à 0 gr. 5 dans les vingt-quatre heures, est en raison directe de l'intensité de la fièvre.

Pour ce qui concerne le diabète, Jaksh a vu des malades affectés de cette maladie, qui n'éliminaient par les urines que des quantités normales d'acétone ; d'autres diabétiques présentaient une véritable acétonurie, sans que leur urine se colorât en rouge quand on la chauffait en présence du perchlorure de fer. Chez d'autres enfin — diabétiques avancés — cette réaction coïncidait avec la présence dans les urines de proportions considérables d'acétone. Beaucoup de malades de cette troisième classe ont succombé aux accidents du coma diabétique.

Deux fois Jaksh a constaté une acétonurie prononcée chez des jeunes gens affectés de troubles gastriques : langue saburrale, anorexie, alternatives de constipation et de diarrhée, céphalalgie, légère tuméfaction de la rate, sans fièvre. L'urine de ces deux malades se colorait en rouge au contact du perchlorure de fer (acétonhémie).

Dans un cas de rage humaine, sans fièvre, Jaksh a également découvert la présence dans les urines du malade d'une grande quantité d'acétone, — ainsi que dans un cas de cancer de l'estomac, dans un cas de carcinome de l'œsophage et dans un cas de cancer de l'estomac et du pancréas.

Le même auteur a rapporté ultérieurement (2) l'observation d'une femme de quarante-huit ans qui, avait été en proie à des accidents gastriques cinq mois avant sa mort ; ses forces et son embonpoint s'étaient assez bien conservés. Avant de mourir, cette femme resta plongée pendant soixante-quatorze heures dans un état comateux accompagné de dyspnée, qui rappelait en tous points le coma diabétique. L'urine renfermait des quantités notables d'acétone et d'éther acétique, mais ni sucre ni albumine. A l'autopsie, on trouva un carcinome au pylore avec des foyers métastatiques dans un grand nombre d'organes

E. Ricklin.

(1) Jaksh, *Ueber pathologische Acetonurie*. Zeitschrift für Klinische medicin, t. V, fasc. III, p. 346.

(2) Jaksh, *Ueber Coma carcinomatosum*. Wiener med. Wochenschrift, 1883, nos 16 et 17.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 juin 1883. — Présidence de M. Blanchard.

Recherches expérimentales et cliniques sur le mode de production de l'anesthésie dans les affections organiques de l'encéphale. Note de M. Brown-Séquard.

.... Dans une série de Communications à l'Académie, j'essayerai de montrer que les anesthésies, les paralysies, les amauroses, produites par une affection organique de l'une des diverses parties de l'encéphale, dépendent le plus souvent, sinon toujours, de toute autre chose que de la cause qu'on leur attribue, c'est-à-dire une perte de fonction de la partie qui est détruite. Dans ce premier travail, je n'étudierai que l'anesthésie de cause encéphalique et seulement pour faire voir qu'il faut rejeter l'opinion que ce symptôme dépend nécessairement de la destruction de conducteurs ou de centres servant à la sensibilité.

Des expériences très nombreuses sur des chiens, des lapins et des cobayes m'ont montré qu'une anesthésie due à une lésion organique de l'encéphale peut disparaître soudainement ou très rapidement. Voici une série d'arguments, tirés pour la plupart de l'étude de plusieurs milliers d'observations cliniques que j'ai recueillies durant les trente dernières années.

1o Toutes les parties de l'encéphale peuvent produire de l'anesthésie. Cela explique comment des localisateurs, commettant la faute de considérer qu'une fonction qui disparaît appartient nécessairement à l'organe qu'on trouve lésé, ont pu émettre l'opinion que le centre des perceptions des impressions sensitives se trouve dans le cervelet, dans la couche optique, dans le lobe postérieur, dans certaines circonvolutions, etc. Les faits autoriseraient à trouver ce centre, ou les conducteurs qui s'y rendent, dans les parties dites motrices de la base de l'encéphale ou de la capsule interne, dans l'un ou l'autre des deux corps striés, dans toutes les parties des lobes antérieur, moyen ou sphénoïdal, etc., puisque des lésions localisées dans l'une de ces portions de l'encéphale ont déterminé quelquefois de l'anesthésie.

2o Chacune des parties d'une des moitiés de l'encéphale peut être détruite sans qu'il y ait d'anesthésie. La lésion peut même être très considérable sans que ce symptôme se montre. M. Richet a publié un cas de destruction du lobe moyen et d'une grande partie du lobe postérieur, sans anesthésie. Abercrombie, Rostan, Porta et d'autres observateurs ont trouvé un hémisphère presque entièrement détruit sans qu'il y ait eu d'anesthésie.

3o Des parties similaires des deux côtés de l'encéphale, y compris même celles que l'on suppose servir à la perception des impressions sensitives, peuvent être détruites sans qu'il y ait d'anesthésie évidente.

4o Au lieu de produire de l'anesthésie, des lésions destructives des parties qu'on croit servir à la sensibilité, comme voies conductrices ou comme centres, ont quelquefois donné lieu à de l'hyperesthésie.

5o Dans plus de cent cas, des lésions des parties les plus variées de l'encéphale ont donné lieu à de l'anesthésie du côté lésé, c'est-à-dire là où ce symptôme n'aurait pas dû paraître.

6o Une lésion destructive considérable de parties considérées comme centres ou comme voies conductrices des impressions sensitives, au lieu de produire de l'anesthésie dans les deux membres du côté opposé, n'en a assez souvent fait paraître que dans le bras ou dans la jambe.

7o Dans certains cas de lésion encéphalique, l'anesthésie, au lieu d'être totale, n'existait que pour l'une des diverses espèces d'impressions sensitives (tactiles, thermiques, douloureuses).

8° L'anesthésie peut ne survenir que dans un des côtés du corps, bien que la lésion occupe dans une même étendue des parties semblables à la base de l'encéphale, des deux côtés. En revanche, une lésion d'un seul côté du grand centre intra-cranien peut déterminer l'anesthésie dans les deux côtés du corps.

9o L'expérimentation sur les animaux (en harmonie, du reste, avec de très nombreux faits cliniques) montre que la section transversale d'une moitié latérale de la base de l'encéphale, depuis le bulbe jusqu'à la capsule interne, inclusivement, donne des résultats très variés quant à la production de l'anesthésie. Bien que, dans tous ces cas, on coupe la masse entière des fibres qu'on croit être les voies conductrices des impressions sensitives venues du côté opposé du corps, on trouve : d'une part, que chacune de ces parties peut être sectionnée sans qu'il y ait d'anesthésie évidente ou persistante ; d'une autre part, que certaines parties, et surtout la capsule interne, déterminent l'anesthésie bien plus souvent que les autres.

Si, en présence des faits sur lesquels sont fondés plusieurs des arguments précédents, on voulait persister à considérer l'anesthésie de cause organique encéphalique comme démontrant que la partie lésée est la voie de transmission ou le centre de perception des impressions sensitives venues d'une moitié du corps, on serait nécessairement conduit aux deux absurdités que voici : la première serait que chacune des parties de l'encéphale est la seule voie de transmission ou le seul centre de perception des impressions sensitives; la seconde serait qu'aucune partie de l'encéphale n'est une voie de transmission ou un centre percepteur des impressions sensitives.

Dans un prochain travail, j'examinerai par quel mécanisme se produit l'anesthésie dans les cas de lésion de l'encéphale. Je me bornerai aujourd'hui à conclure des faits mentionnés ci-dessus que c'est une erreur de considérer l'anesthésie de cause encéphalique comme dépendant d'une perte de fonction de la partie lésée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juillet 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend : 1o Un travail manuscrit de M. le docteur Alison, intitulé : *Considérations sur l'étiologie et le traitement de la pneumonie lobaire aiguë*; 2o deux travaux du même auteur présentés par M. Vulpian à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

— M. le Secrétaire perpétuel met sous les yeux de l'Académie un thermomètre imaginé par M. le docteur Burq pour l'étude des températures locales.

M. Dechambre présente, au nom de M. le docteur Carlet, doyen de la Faculté des sciences de Grenoble, une série de brochures à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

M. Bergeron présente, au nom de M. le docteur Fredet (de Clermont-Ferrand), une conférence faite au dispensaire municipal de cette ville.

M. Larrey dépose une série de brochures relatives à M. Jules Cloquet.

M. le Président a le regret d'annoncer la mort de M. Filhol, membre correspondant à Toulouse.

— M. Proust fait une communication relative à une affection qu'il a eu l'occasion d'observer dans les montagnes de la Kabylie, dans une sorte de quadrilatère situé au pied du Jurjura, et qui a sévi dans ce pays en 1882 et 1883. Cette maladie, qu'il lui a été donné d'étudier sur une quarantaine d'Arabes, a débuté chez tous, brusquement, au commencement du printemps, par des douleurs extrêmement vives dans la région des reins, douleurs qui ont ensuite gagné les membres inférieurs, en même temps que se manifestaient des phénomènes de paraplégie complète, ainsi que des troubles du côté de la vessie et des organes génitaux.

Ces symptômes étaient caractérisés par des fourmillements, des tremblements, des mouvements convulsifs comparés par les malades à des serpents qui leur couraient sous la peau ; par de l'incontinence d'urine produite par les convulsions des muscles abdominaux et par une impuissance temporaire ou permanente des organes génitaux.

Tous les malades avaient besoin de s'appuyer sur un bâton pour marcher; ils marchaient absolument sur la pointe des pieds, de manière à user les ongles et à déterminer des ulcérations de l'extrémité des orteils; ils avaient le talon en l'air et ne reposant jamais sur le sol.

Il existait une exagération considérable des réflexes.

L'étiologie de cette singulière affection paraît devoir être rapportée à l'usage de la graine d'une plante cultivée en grand en Kabylie et employée comme aliment, surtout aux époques de disette, soit seule, soit mélangée à la viande, au blé et à d'autres céréales. Cette plante est connue sous le nom de *Djilben* et appartient à la famille des légumineuses, espèce *Lathyrus cicero* ou *cicera*.

Le travail de M. Proust se termine par les conclusions suivantes :

1o L'affection observée dans les montagnes de la Kabylie, en 1882 et 1883, est due à l'absorption de diverses légumineuses, et plus particulièrement du Lathyrus cicera.

2o Le froid paraît avoir agi, dans certains cas, comme cause secondaire.

3o La détermination anatomique a lieu du côté de la moelle épinière; il s'agit, au début, de symptômes de paralysie brusque qui accusent soit une myélite transverse, soit une hémorrhagie de la moelle, affection à laquelle succède le syndrome du tabes dorsal spasmodique, syndrome indiquant une dégénérescence secondaire des cordons latéraux.

4° Cette affection peut être désignée sous le nom de *Lathyrisme médullaire spasmodique*, dénomination qui indique à la fois le rôle étiologique, la légumineuse incriminée, la détermination anatomique de l'affection et l'expression symptomatique la plus saisissante.

5° Le lathyrisme est curable, et il est évidemment amélioré par des applications révulsives le long de la colonne vertébrale et l'administration du bromure de potassium à l'intérieur.

6° Il incombe à l'hygiène publique et sociale de faire disparaître cette maladie d'alimentation.

M. Bouley demande la parole pour la prochaine séance, afin de communiquer des faits analogues qui ont été observés sur les animaux.

M. Le Roy de Méricourt trouve une grande analogue entre les symptômes de la maladie observés par M. Proust et le *béribéri* que l'on observe dans l'Inde et au Brésil, surtout à la suite de disettes; on a également donné le refroidissement comme cause secondaire du *béribéri*. Cette maladie est caractérisée, comme on sait, par des accidents de paralysie, des suffocations, des œdèmes. Il existe deux formes principales de la maladie : la forme paralytique et la forme œdémateuse. Ces formes peuvent s'établir d'emblée ou se succéder de l'une à l'autre.

M. Rochard pense que les accidents observés par M. Proust se rapportent à la *myélite transversale spasmodique*.

M. PROUST dit que, chez certains malades, on a observé, outre les phénomènes de paralysie, des accidents du côté des membres supérieurs, qui étaient agités de tremblements, ainsi que des phénomènes vertigineux et des manifestations morbides sur le nerf laryngé inférieur.

M. LUNIER ne voit pas de contradiction entre les observations faites par M. Pronst et les remarques présentées par M. Le Roy de Méricourt sur le *béribéri*.

M. BOULEY pense qu'au lieu de s'en tenir à constater les analogies qui peuvent exister entre le béribéri et la maladie observée par M. Proust, il faudrait s'occuper de rechercher quelles sont les plantes dont l'usage alimentaire, dans des pays différents, produit des accidents analogues d'intoxication. Il s'étonne que le djilben, malgré son action toxique reconnue, continue à être cultivé en grand en Kabylie.

— M. Hippolyte BLOT, au nom de la commission de vaccine, présente le rapport sur l'exercice 1882.

A la suite de ce rapport, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des conclusions relatives aux récompenses à décerner pour les travaux adressés à l'Académie sur ce sujet, ainsi qu'aux médecins et aux sages-femmes qui se sont le plus distingués par leur zèle pour les vaccinations et les revaccinations.

Addition à la séance du 26 juin 1883.

M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au nom de M. le docteur SEILER, un spéculum pour électrisation utérine.

Cet instrument, construit par Galante (fig. 1), est un spéculum ordinaire, plein, en buis (corps non conducteur de l'électricité), muni, à son sommet, d'un anneau métallique A (fig. 2), relié par une tige conductrice T, qui est logée dans une rainure creusée sur la face intérieure du corps du spéculum pour se terminer, en passant à travers le manche M, par une borne R percée d'un trou O, où l'on fixe, au moyen d'une vis à pression V, un des pôles de la source d'électricité.

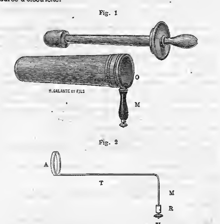


Fig. 1

Fig. 2

Ce spéculum a l'avantage, tout en servant à l'exploration de l'utérus et des parties profondes du vagin, de permettre au praticien d'électriser immédiatement la matrice sans être obligé d'introduire à nouveau un excitateur utérin, car, d'une part, le col est embrassé dans tout son pourtour par l'anneau métallique, et, d'autre part, le courant sera établi en appliquant l'autre pôle sur la paroi abdominale correspondante au fond de l'utérus.

Les bons résultats obtenus par M. Seiler dans les différents cas où il a eu à employer ce spéculum l'autorisent à assurer aux praticiens un succès certain dans bien des névroses utérines, ayant pour origine soit une lésion de nutrition, soit des irrégularités d'innervation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juin 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT

M. RECLUS, à propos du procès-verbal, vient dire que M. Verneuil a observé une pustule maligne guérie spontanément, et il n'y avait de bactéridies ni dans le sang ni dans le liquide des vésicules.

Quant à l'engorgement ganglionnaire dans certains cas de pustule maligne, il y a de la fièvre que M. Verneuil explique par de la lymphangite; un de ses élèves a même soutenu sa thèse sur ce sujet. Dernièrement encore, M. Richet a publié un cas de pustule maligne avec engorgement ganglionnaire.

M. DESPRÈS : Je persiste à dire qu'un des caractères de la pustule maligne est l'absence de ganglions; il y a quelquefois de l'œdème inflammatoire, mais jamais de lymphangite.

M. RICHELOT : Il y a quelques années, M. Hayem a examiné une pustule maligne qui n'avait aucune bactéridie.

— RACHITISME ET SYPHILIS. — M. GUÉNIOT, à propos de la discussion sur ce sujet qui a eu lieu il y a quelque temps, présente un petit malade. C'est un nouveau-né de trois semaines qui porte les caractères les plus francs du rachitisme. La courbure naturelle des tibias est très exagérée et les extrémités osseuses sont volumineuses tant aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

Ce qu'il y a surtout de curieux, c'est que chez cet enfant le rachitisme paraît guéri; les os sont solides et l'affection aurait évolué chez lui pendant la vie intra-utérine.

Y a-t-il de la syphilis? C'est ce que l'on ne sait pas encore, M. Guéniot doit faire prochainement l'enquête à ce sujet et tiendra la Société au courant de ce fait.

— DE LA MALAXATION DE L'ŒIL APRÈS LA SCLÉROTOMIE. — Rapport de M. TERRIER sur un mémoire de M. Dianoux (de Nantes).

D'après l'auteur, si la sclérotomie n'est pas une opération acceptée par tout le monde, cela tient à la façon de la pratiquer qui n'est pas la même pour tous les chirurgiens et qui donne des résultats différents suivant la manière dont elle est pratiquée.

Pour M. Dianoux, c'est une opération très délicate, au moyen de laquelle il faut chercher à créer une cicatrice à filtration dans la région du ligament pectiné. Les incisions doivent être réunies par une rigole profonde. Pour cela, il faut sectionner les trois quarts de la sclérotique, afin de permettre l'écartement des lèvres de la plaie et d'empêcher une cicatrisation trop rapide; cela favorise en outre la formation de la cicatrice à filtration.

Pratiquée ainsi, c'est une excellente opération, mais son action est trop souvent éphémère. Quand il y a une grande tension de l'œil, elle donne de très bons résultats, mais elle est surtout d'une action passagère lorsqu'il n'y a qu'une tension modérée. Aussi est-elle très bonne dans le glaucôme aigu et moins parfaite dans le glaucôme chronique. C'est alors surtout, dans ce dernier cas, qu'il faut rendre la cicatrisation difficile, et c'est dans ce but que M. Dianoux propose de faire la malaxation du globe de l'œil. C'est une sorte de massage qu'il faut pratiquer doucement, avec deux doigts; il faut la commencer le soir même de l'opération et la continuer matin et soir pendant plusieurs jours. Par cette méthode, il a obtenu de très bons résultats.

— RAPPORTS ENTRE LES TUMEURS DE L'OVAIRE ET LE LIGAMENT LARGE. — Communication de M. TERRILLON.

Dernièrement M. Terrillon a eu l'occasion d'observer trois cas assez curieux de tumeurs ovariennes, s'étant développées en partie dans le ligament large; c'est là un point de l'histoire des kystes de l'ovaire, qui est peu développé dans les auteurs.

Parmi les trois observations dont M. Terrillon donne la relation, il en est une où le prolongement du kyste dans le ligament large pût être facilement décortiqué; la malade a parfaitement guéri. Dans les deux autres cas, on ne put pas enlever complétement la tumeur et il en resta une partie dans le ligament large. De ces deux malades, l'une mourut de péritonite purulente subaiguë; l'autre guérit de son opération. Mais il est à craindre que cette guérison ne soit que temporaire, et que le kyste ne se développe de nouveau.

Les prolongements de ces tumeurs dans le ligament large peuvent s'y faire dans deux sens. Tantôt ils se développent directement en bas, c'est le cas le plus favorable, tantôt le prolongement se porte en arrière vers le sacrum et va quelquefois même se mettre en rapport avec les dernières vertèbres lombaires ou se coiffent du mésentère, du petit et du gros intestin.

Dans ces cas, le ligament large est souvent hypertrophié et présente une vascularité qui engendre des difficultés opératoires. On comprend que dans ces cas le pronostic soit aggravé.

Quelle est la conduite qu'il faut tenir? Suivant les uns, il faut décortiquer le plus possible de la tumeur; suivant d'autres, il vaudrait mieux laisser plus de tumeur, plutôt que d'avoir une plaie d'une grande surface. Mais lorsqu'on laisse une partie de la tumeur, la guérison est rarement totale.

Pour M. Terrillon il faut considérer deux cas : ou bien la décortication est possible, il faut la faire et diminuer la plaie du ligament large par de nombreuses petites sutures au catgut. Si la décortication est impossible, il faut enlever ce qu'on peut et souder les bords de la cavité, créée par l'opération, aux bords de la plaie abdominale. Ensuite on pratiquera le lavage de cette cavité, que l'on drainera au besoin. On peut même faire le drainage par le vagin, quand il n'y a pas de crainte de communication avec le péritoine. Dans tous les cas, il faut éviter l'infection à tout prix.

Discussion dans la prochaine séance.

M. BEAUREGARD (du Havre) présente de nouveau le malade auquel il a fait la suture de la rotule.

Dr HENRI BASTARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juin 1883. — Présidence de M. MILLARD.

ISOLEMENT DES VARIOLEUX. — Après la lecture du procès-verbal, M. RATHERY soumet à l'appréciation de ses collègues quelques-unes des remarques qu'il a pu faire à l'hôpital Tenon depuis qu'il est chargé du service des varioleux. Tout d'abord, il est certain, dit-il, que le seul moyen de pratiquer un isolement rigoureux serait de créer un hôpital spécial de varioleux. Malheureusement, cette création soulève d'assez grandes difficultés. La première est de trouver dans Paris (1) un emplacement convenable sans danger pour la population voisine; la seconde réside dans l'enseignement des élèves qui souffrirait certainement de la concentration des varioleux dans un seul et même hôpital. D'où M. Rathery rejette pour le moment la création dudit établissement et cherche si, dans le mode d'isolement, tel qu'il est actuellement pratiqué, il n'y a pas des réformes à introduire ou de nouvelles mesures à prendre afin de diminuer le plus possible encore les chances de contagion.

Bien qu'à l'hôpital Tenon le service des varioleux ne semble pas avoir favorisé le développement des cas intérieurs de varioles—on compte seulement trois cas déclarés dans l'espace des trois premiers mois de la présente année, — cependant les services d'isolement n'en constituent pas moins des foyers dangereux de contagion; aussi est-il nécessaire de chercher encore à en atténuer les effets par un redoublement de précautions. On se hâte, en général, un peu trop de transporter dans le service des varioleux tout malade atteint d'une éruption même autre que la variole, car si court que soit leur séjour dans un pareil milieu, il peut suffire pour que ces malades subissent l'influence de la contagion. De plus, il est parfois impossible de se prononcer, dès les premiers moments, sur la nature véritable de l'éruption, et l'on se trouve alors dans l'embarras de savoir si l'on enverra dans le service des varioleux un individu qui ne l'est pas, par suite de l'exposer bénévolement au contage de la maladie, ou bien si on laisse un varioleux dans la salle commune, par suite alors d'exposer son voisinage à contracter la même affection. M. Rathery propose de parer aux dangers d'un pareil état d'incertitude, en annexant au service des varioleux une chambre à deux ou trois lits, laquelle serait exclusivement réservée aux cas douteux.

Une autre question tout aussi importante est celle de la durée du séjour que devraient faire les varioleux à l'hôpital avant de pouvoir être rendus sans danger à la vie commune.

Or, les travaux d'Hillairet paraissent démontrer que la variole est contagieuse pendant quarante jours; c'est donc un séjour de six semaines à l'hôpital que nous devrions imposer à tout varioleux. Malheureusement aucun règlement ne nous autorise à le faire, et, par la persuasion, nous n'arrivons qu'à grand'peine à l'obtenir, et chez un petit nombre de malades seulement. La plupart d'entre eux réclament impérieusement leur *exeat*, dès qu'ils se croient guéris, malgré nos instances et celle des directeurs des hôpitaux où il existe des services de varioleux. Malgré tout le respect qu'on doive professer pour la liberté de chacun, il me semble qu'ici, comme pour le choléra, ajoute M. Rathery, nous devrions être autorisés à imposer légalement la quarantaine nécessaire. Tout au moins faudrait-il qu'il existât soit un asile spécial de convalescence pour les varioleux où ceux-ci consentiraient plus volontiers à prolonger leur séjour que dans un hôpital, soit un pavillon spécial dans nos asiles actuels de convalescence, comme il en existait un autrefois à l'asile de Vincennes.

De plus, les revaccinations devraient être rendues obligatoires, non seulement pour les malades qui entrent à l'hôpital, mais encore pour tout le personnel médical de l'administration de l'Assistance publique, étudiants, infirmiers, etc., sauf pour ceux qui justifieraient, par un certificat, d'une vaccination récente.

Enfin M. Rathery, en terminant, appelle l'attention sur l'impossibilité pour un varioleux de la classe aisée, non domicilié à Paris, de se faire soigner ailleurs qu'à l'hôpital, l'hôtel où il est descendu l'expulsant dès qu'il sait la maladie dont il est atteint et la maison municipale de santé ne recevant pas de varioleux. Il serait absolument nécessaire de consacrer, dans un hôpital, un pavillon composé de quelques chambres payantes.

En résumé, ce que réclame M. Rathery, c'est :

1o La création de salles d'attente pour les varioleux dont le diagnostic est douteux;

2° L'établissement d'un asile de convalescence spécialement réservé aux varioleux;

3° La revaccination obligatoire;

4° La création de chambres payantes pour les varioleux de la classe aisée.

FIÈVRE TYPHOÏDE ET BAINS FROIDS (suite de la discussion). — M. DU CAZAL repousse la méthode de Brand en tant que médication systématique. Il repousse également d'autre part la méthode de M. Dumontpallier, parce qu'il s'agit d'une réfrigération lente. Il n'admet que les bains froids à cause de leur action brutale et de l'ébranlement nerveux qui en est la conséquence. C'est donc à eux

(1) Pourquoi dans Paris et non pas extra-muros, dans un endroit tout à la fois peu distant de la ville et suffisamment éloigné de tout groupe d'habitation?

qu'il a recours, mais seulement dans certaines complications bien déterminées de la fièvre typhoïde.

Ces complications sont : d'abord la bronchite où M. Du Cazal a obtenu d'excellents effets des bains froids (cyanose et dyspnée diminuées, expectoration facilitée), la bronchite de la fièvre typhoïde étant d'origine paralytique et non une bronchite *a frigore*. Il n'a jamais observé de cas de pneumonie chez les malades qu'il a traités par les bains froids. Les complications de la fièvre typhoïde, traitées de la même façon par M. Du Cazal, sont aussi l'ataxie. Dans ce cas, le délire disparaît, le sommeil revient et la température s'abaisse.

L'hyperthermie étant également pour M. Du Cazal une complication dangereuse en elle-même, il la combat heureusement aussi par les bains froids, auxquels il n'a recours du reste que lorsque la température dépasse 40 degrés. Aucun autre traitement ne lui a donné de meilleurs résultats. Cependant la digitale lui a donné quelquefois de très beaux succès, mais à la condition de l'employer à dose élevée (1 50 de poudre en infusion). Mais, comme à cette dose elle crée des dangers sérieux par son action sur le cœur, d'autant plus sérieux que la fièvre typhoïde expose déjà par elle-même à la mort subite, M. Du Cazal lui préfère de beaucoup les bains froids à la température de 18° à 20°, et prolongés jusqu'à ce que les malades soient pris d'un violent frisson. Quant à l'acide salicylique, employé par lui à la dose de 2 grammes par jour, il ne vaut pas la digitale, malgré les inconvénients que celle-ci présente.

Enfin il n'a retiré aucun bénéfice véritable de l'usage des bains tièdes ; il est en cela parfaitement d'accord avec M. Féréol, tandis qu'il est vivement combattu par M. Bucquoy qui, lui, au contraire, a retiré de ces derniers de très bons effets, surtout dans les cas ataxo-adynamiques. Tel est aussi l'avis de M. Dujardin-Beaumetz, qui considère les bains tièdes (32° à 35°) comme un moyen très efficace dans les formes ataxiques, où ils agissent favorablement sur l'état général.

M. Constantin Paul exprime aussi les plus grandes réserves quant à l'efficacité de la méthode de Brand qu'il a expérimentée rigoureusement et qui du reste est impraticable dans les hôpitaux. Les bains froids déterminent une amélioration, il est vrai, mais une amélioration passagère.

— La séance est levée à cinq heures.

Varèle.

FORMULAIRE

Sirop de stigmates de maïs contre la gravelle urique.

(Mallez.)

Rec. Extrait de stigmates de maïs.	12	grammes.
Eau distillée	350	—
Sucre	360	—
Alcool à 60°	10	—

M. s. a. Prendre dans de la tisane préparée avec 20 grammes de stigmates de fleurs femelles de maïs pour 100 grammes d'eau bouillante, une cuillerée à bouche de ce sirop par chaque tasse.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Thèses d'agrégation du concours de médecine, 1882-1883.

M. Robin. Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif.

Cette thèse a pour base fondamentale la clinique représentée ici par le chiffre respectable de 200 observations que M. Robin a pu réunir et analyser, et qui servent ainsi de point d'appui aux conclusions qu'il a pu établir relativement à certaines particularités peu étudiées jusqu'à présent du retentissement produit par certaines lésions de l'oreille du côté des centres nerveux. Or ce retentissement peut être considérable et s'observe dans des conditions très variées, ce qui s'explique naturellement par la proximité de l'oreille et de la cavité crânienne et par les connexions anatomiques étroites qui relient ces deux régions l'une à l'autre. Le travail de M. Robin est la démonstration des effets de cette solidarité au point de vue pathologique, et il a de plus le mérite de condenser des faits jusque-là épars dans la science et que nul, à notre connaissance, n'avait essayé de réunir dans une étude d'ensemble. A ce titre, il forme la monographie la plus complète que nous possédions à cette heure sur un sujet dont on devine aisément l'étendue et l'intérêt.

L'étude des rapports anatomiques et physiologiques qui relient le rocher et les cavités de l'oreille avec le cerveau était en quelque sorte une introduction nécessaire, car c'est par la connaissance de ces rapports que l'on peut arriver à saisir le lien pathogénique qui unit les phénomènes observés aux lésions qui sont leur point de départ. A cette étude se rattachait celle de certaines particularités physiologiques qui trouvent leur application immédiate dans la pathologie, et notamment celle des conditions qui président au sens de l'équilibre et d'où découle la connaissance d'un phénomène d'importance capitale, le *vertige*, phénomène peu expliqué jusqu'ici et qu'on trouve pourtant au premier rang parmi les troubles fonctionnels liés aux affections de l'oreille. Cette étude préliminaire amène M. Robin à conclure que tout retentissement *encéphalique* des lésions de l'oreille ou du rocher devra nécessairement s'opérer par une des trois voies suivantes : Rapports de contiguïté, voie vasculaire, transmission nerveuse ; ces trois données fondamentales donnent en effet la clef de tous les troubles cérébraux observés.

Le deuxième chapitre a pour but de montrer quelles sont les lésions du rocher et de l'appareil auditif qui peuvent engendrer des affections cérébrales. Ces lésions sont nombreuses, et l'on peut dire avec M. Duplay que parmi les affections de l'oreille, il n'en est pas une, de la plus grave à la plus simple, qui ne soit susceptible, à un moment donné, de produire un retentissement encéphalique. Il en est cependant quelques-unes dont l'influence doit être incriminée plus spécialement, et parmi celles-là il faut citer surtout l'otite suppurée chronique, l'otite purulente aiguë, l'otite périostique. Quant aux lésions du rocher, elles sont presque toujours secondaires aux affections de l'appareil auditif, circonstance qui, pour le dire en passant, contredit formellement l'existence de la *tuberculose primitive du rocher*, admise autrefois par des auteurs d'une autorité incontestable, Nélaton, Ménière, etc. M. Robin conteste à son tour l'existence de cette variété de lésion du rocher et, en se prononçant dans ce sens, il se range à l'opinion la plus accréditée dans la science à l'heure actuelle.

Comme suite logique à l'étude des lésions *initiales* vient celle des lésions *secondaires* qu'elles déterminent du côté du crâne et de l'encéphale. Ces lésions secondaires sont presque toutes de nature inflammatoire, et il en est parmi elles comme la pachyméningite externe, la méningite, la méningo-encéphalite, qui jouent un rôle considérable. Le fait important à retenir et sur lequel M. Robin insiste avec raison, c'est que ces lésions se présentent rarement à l'état simple, isolé, mais

qu'elles sont au contraire presque toujours associées les unes avec les autres dans une complexité anatomique telle que l'interprétation clinique et la reconstitntion du lien pathogénique en deviennent par là même obscurs et difficiles, souvent même impossibles. Cette difficulté ressort de la lecture du quatrième chapitre, qni est précisément consacré à l'étude du mécanisme de ces lésions encéphaliques, à la recherche du mode snivant leqnel elles se produisent. Or, ici toutes les théories peuvent être invoqnées tour à tour, celle de l'inflammation par contiguité ou par continuité, celle de la propagation à distance par les veines on bien par le transport de particules infectieuses, lequel nous conduit à la doctrine *microbienne*, que l'on peut invoquer aussi légitimement ici qu'ailleurs, puis la théorie des troubles purement mécaniques, ou celle du simple retentissement nerveux à distance. Chacune d'elles peut avoir sa raison d'être, mais elles ne suffisent pas toujours à rendre compte des symptômes, et dans bien des cas l'interprétation pathogénique restera fermée pour le clinicien.

Si la physiologie pathologique reste souvent obscure, en revanche les faits cliniqnes se présentent avec une netteté qui est d'ailleurs bien plus marquée dans certains cas que dans d'autres. En comparant ces faits entre eux, M. Robin a été conduit à les grouper en un certain nombre de catégories correspondant à autant de *formes cliniques distinctes* que, d'après la rapidité de la marche, il divise en formes *latente*, *rapide* et *foudroyante*. La première était peut-être la moins connue, surtout dans sa période initiale, et c'est un des mérites incontestables du travail de M. Robin d'avoir fait ressortir la valeur de cette période qu'il appelle *prémonitoire* et qui, marquée par des phénomènes vagues et diffus, peut échapper à l'attention du clinicien jusqu'au jour où éclatent soudain des phénomènes redoutables et mortels. L'apparition de ces derniers caractérise les formes graves dans lesquelles la méningite joue un rôle prédominant. L'interprétation de ces modalités cliniques est délicate, et il n'est pas toujours facile d'expliquer comment des lésions que l'autopsie révèle anciennes et dès longtemps organisées ont pu rester silencieuses jusqu'au jour où elles s'affirment d'une manière subite par des symptômes d'une haute gravité. Retenons seulement cette remarque importante que de pareils accidents ont pu guérir, en dépit de leur apparence de mortelle gravité.

D'autre part, il existe parmi les troubles cérébraux liés aux affections de l'oreille une catégorie à part dans laquelle ces troubles ont une apparence purement fonctionnelle et sont dès lors d'une interprétation particulièrement délicate. Ainsi on a noté chez certains malades des troubles intellectuels assez prononcés parfois pour caractériser une véritable forme mentale, chez d'autres de vraies attaques d'épilepsie. Parmi ces troubles, celui que l'on rencontre le plus fréquemment et dont l'interprétation soulève le plus de difficultés, c'est le *vertige*, étudié autrefois par Ménière qui avait même attaché son nom à une véritable entité morbide caractérisée principalement par l'existence et la persistance de ce symptôme. M. Robin s'est attaché à montrer que l'on avait étendu outre mesure les limites de cette maladie et qu'elle n'était le plus souvent qu'un syndrôme dépourvu d'existence distincte et susceptible de se montrer dans le cours d'un certain nombre d'états pathologiques de l'oreille, à titre de manifestation secondaire. Quoi qu'il en soit, la bizarrerie d'aspect de ce syndrôme, aussi bien que le nombre et la complexité des autres phénomènes cérébraux liés aux lésions de l'oreille, est de nature à rendre le diagnostic souvent obscur et difficile. Ces difficultés existent dès le début, mais surtout pendant cette *période prémonitoire* dont M. Robin a fait ressortir avec juste raison le caractère perfide et insidieux. Plus encore que le diagnostic clinique, le diagnostic des lésions est délicat, souvent insoluble.

Nous avons à peine besoin de faire ressortir l'importance que M. Robin a attachée à la question capitale du traitement, importance si bien justifiée par le nombre et la gravité des complications cérébrales si minutieusement étudiées dans sa thèse. Cependant la conclusion finale à laquelle il arrive, c'est que le traitement prophylactique doit tenir ici la première place ; il importe, en d'autres termes, de prendre la lésion à ses débuts et de prévenir le développement des accidents cérébraux, car le traitement curatif de ces accidents cérébraux une fois déclarés est presque nul et ne donne que peu de chances de succès.

Dr P. Muselier.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Le choléra. — Ainsi que certaine correspondance de Constantinople en date du 4 juin dernier le faisait justement redouter, le choléra vient de faire son apparition en Egypte, grâce, dit-on, à la négligence voulue et systématique des autorités anglaises dont l'une d'elles aurait déclaré que, « si la mission du conseil sanitaire est de sauvegarder la santé publique, on doit veiller en même temps à la sauvegarde des intérêts du commerce et ne pas changer les réglements en vigueur sans considérer ce côté de la question ».

C'est à Damiette que la maladie a éclaté le 24 juin, et dès les premiers jours elle a revêtu le caractère épidémique. Les ravages qu'elle exerce dans cette ville rappelleraient, dit-on, les plus fâcheux précédents, et la mortalité dépasserait celle de l'épidémie de 1865. D'autres localités sont déjà envahies, bien qu'à un moindre degré ; cependant la petite ville de Mansourah, d'après les derniers bulletins nécrologiques, serait, comparativement au chiffre de sa population, aussi sérieusement atteinte.

Quant à Alexandrie, on ne cite encore que deux cas bien authentiques, et au Caire les faits sont encore douteux.

Dès les premières nouvelles, le gouvernement français a télégraphié à tous les préfets des départements du littoral et à tous les agents sanitaires pour que les mesures les plus rigoureuses fussent prises à l'égard des provenances de l'Egypte, de Chypre et de Malte, afin de prévenir, autant que possible, toute invasion du choléra. Les instructions concernant la mise en quarantaine des navires ne s'appliquent pas seulement aux ports de la Méditerranée, mais à tous les ports du littoral français. De plus, le gouvernement a interdit l'importation en France des substances ou produits considérés comme plus particulièrement susceptibles d'être le véhicule du fléau, notamment les chiffons et les drilles.

Enfin, pour s'assurer que les instructions qu'il a données ont été partout exactement suivies, le ministre du commerce a chargé M. le docteur Proust, membre de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France, de visiter, en qualité d'inspecteur-général adjoint des services sanitaires, les divers lazarets et établissements sanitaires, ainsi que les ports de la Méditerranée.

D'autre part, le Conseil de santé international de Constantinople a désigné M. le docteur Léonard Arnaud pour se rendre sur le théâtre de l'épidémie, afin d'y surveiller les mesures prescrites.

Voici les chiffres des décès constatés depuis le 24 juin, jour de

son apparition, jusqu'au 5 juillet au matin, dans les diverses localités où le choléra sévit :

Damiette....	1,053 décès	du 24 juin	au 5 juillet	(matin).	
Mansourah..	122	— du 28	— au 5	—	—
Samanoud...	12	— du 1er juillet	au 5	—	—
Chibine......	11	— du 2	— au 5	—	—
Port-Saïd...	7	— du 28 juin	au 5	—	—
Tantah......	2	— du 28	— au 5	—	—
Alexandrie..	2	— du 2 juillet	an 5	—	—

Soit en tout — si les chiffres donnés sont exacts — 1,209 décès cholériques.

On signale également depuis trois ou quatre jours plusieurs cas de maladie à El-Arich et à Kantarah, mais sans indiquer s'ils ont été suivis de mort.

***

Nécrologie. — M. le docteur Edouard Filhol, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Toulouse, professeur à la Faculté des sciences de cette ville, associé national de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, vient de succomber à l'âge de soixante-neuf ans. Il avait été autrefois pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon.

***

Faculté de médecine de Paris. — Les consignations pour les hèses de doctorat seront reçues les 9, 16 et 17 juillet 1883 comme dernier délai.

***

Doctorat ès sciences médicales. — Le Conseil académique de Paris a examiné dans sa dernière séance la question d'un doctorat ès sciences médicales d'un caractère scientifique plus strict que le doctorat en médecine actuel, devenu surtout un brevet professionnel. C'est pour la seconde fois que ce sujet venait en délibération. Le conseil a écarté une fois de plus la création de ce diplôme tel qu'on l'avait conçu jusqu'ici, c'est-à-dire embrassant toutes les sciences médicales. Mais, sur la proposition de la Faculté de médecine de Paris, et après un intéressant rapport de M. Béclard, doyen de cette Faculté, il a voté à l'unanimité les deux propositions suivantes :

1° Qu'il soit institué un doctorat ou diplôme supérieur pour les trois sciences qui sont à la base de la médecine scientifique, savoir l'anatomie, l'histologie et la physiologie ;

2° Que, pour délivrer ce diplôme strictement scientifique et supposant des recherches originales et des travaux personnels, il n'y ait qu'un jury pour toute la France, un jury d'Etat, dont les membres désignés par M. le ministre seraient pris parmi les professeurs des Facultés de médecine.

***

Concours de l'agrégation (Section de chirurgie et d'accouchements). — Les épreuves ont été terminées vendredi soir, et les candidats dont les noms suivent ont été proclamés agrégés des Facultés de médecine ci-après désignées :

A. Paris. *a. Chirurgie.* — 1er M. Kirmisson ; 2e M. Segond ; 3e M. Campenon.

b. Accouchements. — M. Ribemont.

B. Bordeaux. *Chirurgie.* — 1er M. Piéchaud ; 2e M. Lagrange.

C. Lille. *Chirurgie.* — 1er M. Dubar ; 2e M. Baudry.

D. Lyon. *a. Chirurgie.* — 1er M. Chandelux ; 2e M. Polasson ; 3e M. Sabatier.

b. Accouchements. — M. Poullet.

E. Montpellier. — Pas de nominations.

F. Nancy. *Chirurgie.* — 1er M. Rohmer ; 2e M. Baraban.

***

Concours du clinicat. — Voici la liste des candidats pour les différents concours qui doivent s'ouvrir le 9 juillet 1883 :

1o *Clinicat chirurgical.* — MM. les docteurs Garnier, Picqué, Prengrueber, Redard et Routier.

2o *Clinicat médical.* — MM. les docteurs Bourcy, Brucher, Capitan, Comby, Delpeuch, Derignac, Duplaix, Liandier, Mathien et Siredey.

3o *Clinicat ophthalmologique.* — MM. les docteurs Bacchi et de Lapersonne.

4o *Clinicat des maladies nerveuses.* — M. le docteur Marie.

— Les jurys sont composés de la manière suivante :

1o *Clinicat médical.* — MM. G. Sée, Bouchard, Hardy, Jaccond et Peter.

2o *Clinicat chirurgical.* — MM. Gosselin, Duplay, Le Fort, Panas et Verneuil.

3o *Clinicat ophthalmologique.* — MM. Panas, Béclard, Duplay, Le Fort et Trélat.

4o *Clinicat des maladies nerveuses.* — MM. Charcot, Bouchard, Hardy, Jaccond, Peter et Germain Sée.

La première séance aura lieu le 9 juillet, à neuf heures du matin : 1o à l'Hôtel-Dieu pour les clinicats médical et des maladies nerveuses ; 2o à la Faculté de médecine de Paris pour les clinicats chirurgical et ophthalmologique.

***

Concours des prix de l'internat. — La composition écrite du concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie aura lieu le 3 novembre prochain, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3.

Le concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année.

Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 1 heure à 3 heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général avant le 15 août, dernier délai.

***

Création d'hôpitaux d'enfants. — Le Conseil municipal de Paris a voté dans l'une de ses dernières séances les résolutions suivantes :

1o Construction d'un hôpital pour les maladies aiguës de l'enfance ;

2o Construction d'un second hôpital maritime ;

3o Agrandissement de la section des enfants de la Salpêtrière ;

Et a invité l'administration à lui soumettre à bref délai des projets à cet égard.

Il a également émis le vœu de la création d'un Institut municipal pour les enfants aveugles des deux sexes âgés de moins de douze ans, dont le service chirurgical serait confié à un chirurgien des hôpitaux.

***

Commission d'hygiène. — M. le docteur Bauchet est nommé membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du vingtième arrondissement de Paris.

***

Prix. — La question suivante : « Déterminer le mode de formation des globules rouges du sang, après la naissance, chez les mammifères » est mise au concours pour l'année 1885 par l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse. — S'adresser à M. Gatien-Arnoult, secrétaire perpétuel, rue Lapeyrouse, 3, à Toulouse, pour les renseignements.

***

Hospice de Bar-le-Duc. — M. le docteur Michel est nommé médecin en chef ; M. le docteur Chardin, médecin-adjoint ; M. le docteur Gelly, chirurgien en chef, et M. le docteur Ficatier, chirurgien adjoint.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

182. M. Capitan. Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries transitoires. — 183. M. Pasquier. Du pronostic et du traitement de l'envenimation ophidienne. — 184. M. Landa. Contribution sur un cas d'expulsion partielle de caduque pendant la grossesse non suivie d'avortement. — 185. M. Deschamps. Contribution à l'étude des atrophies musculaires à distance, appelées encore atrophies réflexes. — 186. M. Madre. Étude clinique sur le cancer primitif et secondaire du pancréas. — 187. M. Ollivier. Des injections sous-cutanées d'éther dans les états adynamiques. — 188. M. Boutin. Du phlegmon consécutif à l'hygroma suppuré du genou ou phlegmon post-hygromateux. — 189. M. Maschat. Contribution à l'étude des anomalies de la mamelle. — 190. M. Uminski. Des avortements sanglants et des avortements non sanglants. — 191. M. Lacaillé. De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse, l'époque de la rupture des membranes et le développement du foetus. — 192. M. Jaen. De l'origine phlegmoneuse. — 193. M. Mosnier. Contribution à l'étude de quelques symptômes de la chlorose. — 194. M. Miroibel. De la parotidite dans la fièvre typhoïde. — 195. M. Salviat. L'uréthrotomie externe d'emblée dans la rupture traumatique de la région périnéale de l'urèthre.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 15 JUIN AU JEUDI 21 JUIN 1883.

Fièvre typhoïde 36. — Variole 14. — Rougeole 29. — Scarlatine 5. — Coqueluche 19. — Diphtérie, croup 33. — Dysenterie 1. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 58. — Phthisie pulmonaire 212. — Autres tuberculoses 9. — Autres affections générales 64. — Malformation et débilité des âges extrêmes 46. — Bronchite aiguë 26. — Pneumonie 62. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 65, — au sein et mixte 41. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 85. — de l'appareil circulatoire 67. — de l'appareil respiratoire 68. — de l'appareil digestif 44. — de l'appareil génito-urinaire 28. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 33. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1074 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

ÉTUDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE SUR L'ONANISME CHEZ L'HOMME, précédée d'une introduction sur les autres abus, par le docteur Pouillet. Un vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

PRÉCIS THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'EXAMEN DE L'ŒIL ET DE LA VISION, par le docteur J. Chauvel, médecin principal de l'armée, professeur de clinique ophthalmologique à l'École du Val-de-Grâce. Un vol. in-18, de la Bibliothèque diamant, avec 150 figures. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

LE CUIVRE ET LE PLOMB DANS L'ALIMENTATION ET L'INDUSTRIE AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE, par E.-J. Armand Gautier, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in 18 de 310 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1883, librairie J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 9.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

54e année. 6e série. Tome V. N° 28 14 JUILLET 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef: M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres: MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire: M. le Dr **E. RICKLIN**.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8: — **Direction et Rédaction :** Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 12 juillet 1883.

Académie de médecine. — LE LATHYRISME MÉDULLAIRE SPASMODIQUE; SES RELATIONS AVEC LES DIFFÉRENTES FORMES DE BÉRIBÉRI.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Nous avons dit que le béribéri est généralement considéré comme une maladie de misère qui se développe sous l'influence occasionnelle du froid et de l'humidité. C'est cette même étiologie que M. Le Roy de Méricourt est tenté de faire intervenir dans le développement de l'épidémie kabylienne que M. Proust a rattachée à une intoxication alimentaire par le *Lathyrus cicera*. De même, on a voulu voir dans le *kak-ke*, la forme japonaise du béribéri, un effet de l'alimentation peu réparatrice aidée par l'influence débilitante d'un climat humide. Wernich, qui a étudié le *kak-ke* sur place, incrimine, outre la nourriture pauvre en matières grasses et albuminoïdes des populations japonaises et les conditions climatériques, une débilité congénitale de l'appareil vasculaire. Il en a fait une maladie par décomposition du sang, appelée à prendre rang dans les cadres de la nosologie à côté de l'anémie pernicieuse et de la chlorose, et il a proposé de lui donner le nom de « séro-phthisie pernicieuse endémique ».

Les premiers examens nécroscopiques nous ont montré dans le *kak-ke* tout autre chose qu'une affection par décomposition du sang, une simple anémie. Pareillement une étude plus attentive des circonstances étiologiques qui président à l'éclosion de cette maladie a donné consistance à l'opinion déjà ancienne au Japon, que le *kak-ke* est engendré par un miasme spécifique. C'est l'opinion soutenue par Anderson, Simmons, Baelz, Scheube, qui ont exercé au Japon, et voici les raisons qui les ont ralliés à cette théorie :

Le *kak-ke*, qui frappe indifféremment les sujets robustes et les individus débilités, sévit presque exclusivement dans les grandes villes, et celles-ci, du fait de la configuration du Japon, occupent le littoral. La maladie se localise à l'état endémique dans certains quartiers d'une même ville ; à Tokio par exemple, elle frappe presque uniquement la population des quartiers bas et humides (Anderson) ; à Yokohama, elle ne fait de victimes que sur l'un des versants des collines situées à l'est de la ville (Wernich). A Kioto, il est reconnu depuis longtemps, au dire de M. Schenbe (1), que le *kak-ke* éclate sous forme d'épidémies circonsrites, à proximité des bouleversements du sol nécessités par des constructions nouvelles ou par l'utilisation d'un terrain vague. Ainsi, en mai 1879, la nouvelle Ecole de médecine de Kioto, bâtie sur un terrain qui depuis neuf ans était resté en friche, fut occupée par trente-cinq étudiants dont dix-neuf contractèrent le *kak-ke* dans le courant de l'été.

L'encombrement favorise l'éclosion de la maladie, mais cela est vrai surtout de la vie sédentaire. Le *kak-ke* recrute le plus grand nombre de ses victimes parmi les individus qui, par le fait de leurs occupations, mènent une vie peu active, et sortent peu à l'air, parmi les bureaucrates, les étudiants, les prêtres, les savants, les artistes, les ouvriers de fabrique, les marchands. Il faut dire pourtant que l'armée japonaise paie un large tribut à la maladie, qui respecte dans une certaine mesure les classes élevées et les classes pauvres, c'est-à-dire les individus qui, au Japon, passent une grande partie de leur vie en plein air.

Enfin l'influence des conditions météorologiques est rendue évidente par les statistiques tirées des hôpitaux où l'on traite cette maladie, car, tandis qu'en 1879 l'hôpital militaire de Tokio ne recevait pendant le mois de janvier que 60 malades atteints du *kak-ké*, 44 pendant le mois de février, 51 pendant le mois de mars, 36 pendant le mois de décembre, pendant les mois de juillet, d'août et de septembre, les contingents de malades atteignaient les chiffres de 644, 806, 637. Or, pendant ces trois mois, la chaleur au Japon est étouffante pendant le jour ; les nuits y sont fraîches et l'humidité du pays se trouve à son maximum, par suite des pluies abondantes qui tombent dans le courant du mois de juin.

C'est ce concours de particularités étiologiques qui a donné corps à l'hypothèse de la nature spécifique du *kak-ke* et de l'origine tellurique du principe infectieux que l'on accuse de produire la maladie. Il s'agit là, avons-nous dit, d'une hypothèse déjà ancienne. En effet, d'une citation empruntée à l'intéressant mémoire de M. Scheube, il ressort que déjà, vers l'an 640 de notre ère, un médecin japonais du nom de Son-shi-baku a décrit le *kak-ke* comme une maladie engendrée par un poison volatil qui se dégage des entrailles de la terre. L'auteur en question ajoutait que « les pieds étant la partie du corps qui est constamment en contact avec le sol, cela expliquait pourquoi le poison porte d'abord son action sur les membres inférieurs ».

Il ne sera pas sans intérêt de savoir qu'un des médecins indigènes, qui ont, au Japon, la spécialité de traiter le *kak-ke*, M. Touda, attribue cette maladie à l'usage d'un riz altéré, le riz entrant pour une si large part dans l'alimentation des

(1). SCHEUBE. *Loc cit.*, t. XXXI, p. 152.

peuples de l'extrême Orient. Nous retrouvons donc pour le héribéri japonais les mêmes influences étiologiques qu'on a incriminées dans le développement de l'affection kabylienne que M. Proust a décrite sous le nom de « lathyrisme ».

L'Académie ayant ajourné à sa prochaine séance la discussion sur cette intéressante question de nosologie, nous aurons sans doute à revenir sur les analogies et les dissemblances du lathyrisme et de la forme paralytique du béribéri. Pour aujourd'hui, nous nous bornons à signaler la communication faite à la dernière séance par M. Bouley et qui a trait à une épidémie de lathyrisme observée il y a quelques dix ans sur des chevaux soumis à l'alimentation par la gesse chiche, une variété de la thyrus. Toutefois les accidents observés chez ces chevaux ne rappellent que dans une mesure assez faible les symptômes complexes signalés par M. Proust chez les victimes de la récente épidémie kabylienne; les chevaux succombaient au bout d'un temps relativement court, après avoir été frappés d'une paralysie de l'arrière-train avec cornage.

E. RICKLIN.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE OU SUS-PUBIENNE, par M. G. BOUILLY, professeur agrégé, etc.

Suite. — Voir les numéros 27 et 28.

DIFFICULTÉS ET ACCIDENTS DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE. — On peut rencontrer certaines difficultés que nous avons déjà fait pressentir soit dans l'exposé des données anatomiques, soit dans la description du manuel opératoire. Elles peuvent tenir à une disposition spéciale du péritoine, à la rétraction extrême de la vessie, au volume et à la situation du calcul, etc.

Nous avons déjà signalé plus haut une disposition exceptionnelle du péritoine en vertu de laquelle la séreuse peut rester abaissée au-devant de la paroi vésicale antérieure, malgré la distension de la vessie (Pitha), ou ne s'élever que très peu au-dessus de la symphyse chez les sujets porteurs de hernie double (Féré). Des adhérences du péritoine peuvent avoir également été produites par une inflammation antérieure, par un phlegmon des parois, par une plaie pénétrante de la région, etc. Dans tous ces cas, que l'on peut reconnaître à l'avance par l'examen local ou l'étude des commémoratifs, on devra redoubler de précaution au moment de l'ouverture abdominale, inciser la ligne blanche sur la sonde cannelée et refouler soigneusement avec le doigt le cul-de-sac péritonéal.

Ces conditions défavorables, heureusement exceptionnelles, prédisposent à *la lésion du péritoine* qui, du reste, a été blessé même en leur absence. Cet accident, arrivé entre les mains les plus habiles (Douglas, Thornill, Frère Côme, Souberbielle), s'annonce par la sortie de l'épiploon ou de l'intestin. On réduira de suite ces organes et on les recouvrira d'une éponge propre ou d'une compresse chaude pour éviter le contact du sang et de l'urine. Il sera bon de faire de suite, l'opération terminée, un ou deux points de suture au catgut fin sur la séreuse (Lister). Sur 478 cas de taille sus-pubienne, Dulles n'a trouvé que 13 fois la blessure du péritoine avec trois cas de mort seulement et Günther, sur 260 opérations, la signale 6 fois avec 3 morts et 3 guérisons.

La contracture et la rétraction de la vessie opposent assez souvent des difficultés ; poussées au point de rendre toute injection impossible, elles sont pour Thompson une contre-indication formelle de la taille hypogastrique. Elles peuvent en effet s'opposer absolument à la distension de la vessie qui reste pelotonnée derrière les pubis et à l'introduction de la sonde à dard qui fixe le point de l'incision vésicale. Les inconvénients sont beaucoup moins grands aujourd'hui, grâce au ballonnement avec lequel on peut soulever la vessie et la faire sortir du petit bassin et se passer d'instrument conducteur introduit dans sa cavité. Néanmoins, dans ces cas, la paroi vésicale antérieure reste difficilement abordable et l'on a vu, dans une tentative faite pour la soulever à l'aide d'une sonde, celle-ci passer en arrière à travers la vessie et ne pouvoir être retirée qu'à l'aide d'une pince-érigne (Flury).

Il faut alors inciser la vessie non distendue directement sur le calcul en guidant le bistouri sur l'ongle de l'index gauche solidement appliqué sur la pierre, conduite conseillée par Baudens comme règle générale et suivie de succès dans un cas récent dû à Ch. Monod.

L'incision et l'ouverture de la vessie peuvent, dans des cas exceptionnels, s'accompagner d'une *hémorrhagie* grave; Günther rapporte trois cas d'hémorrhagie et Dulles deux cas de mort par cette cause. L'écoulement sanguin peut être dû à la lésion du plexus veineux situé autour du col, qu'on évitera en ne descendant pas trop bas l'incision, ou à l'érosion de la muqueuse vésicale incrustée de plaques calcaires (Dolbeau), ou à une exhalation sanguine par les capillaires vésicaux (Belmas). Dans ces deux derniers cas, l'hémorrhagie devra être combattue par des injections froides et glacées.

L'une des plus grandes difficultés de la taille hypogastrique peut se présenter dans le temps d'extraction de la pierre comme dans la taille périnéale ; mais elle peut être vaincue ici avec moins de dommages et de dangers que dans cette dernière; aussi, comme nous le disions plus haut, si ces difficultés pouvaient être prévues avant l'intervention, elles devraient faire préférer la taille hypogastrique à la taille périnéale.

Dans quelques cas, il s'est développé entre la muqueuse vésicale et le calcul des adhérences étendues qui rendent leur séparation extrêmement laborieuse ; les fongosités de la muqueuse pénètrent le calcul et l'extraction de celui-ci ne peut se faire que par morceaux. D'autres fois, la pierre enchatonnée ne peut être retirée qu'après dilatation du collet de la loge ou même après son débridement (Podrazki); enfin, elle est quelquefois si volumineuse que, malgré l'agrandissement de la plaie vésicale et l'incision des pyramidaux (Mercier), elle ne peut être amenée au dehors. Il faut alors la fragmenter; cette fragmentation, qui s'impose comme mesure de nécessité dans ces divers cas d'adhérences, d'enchatonnement ou de volume exagéré de la pierre n'a pas les mêmes inconvénients que dans la taille périnéale. La largeur et la dilatation facile de l'incision vésicale permettant à des fragments volumineux d'être amenés au dehors ne nécessitent pas un broiement très minutieux et l'exploration complète de la cavité vésicale avec le doigt rend impossible un oubli de fragments. Cette fragmentation sera faite avantageusement à l'aide du brise-pierre-chaînes de F. Guyon dont le petit volume facilite les manœuvres intra-vésicales. Quels que soient l'instrument employé et les procédés mis en œuvre pour l'extraction du calcul dans ces cas difficiles, on ne doit jamais perdre de vue qu'il faut à tout prix éviter la contusion de la plaie vésicale et les dilacérations du tissu cellulaire prévésical sous peine de voir

se déclarer plus tard des phlegmons et des infiltrations funestes.

SOINS CONSÉCUTIFS ; PANSEMENT. — L'opération terminée, il faut chercher à s'opposer au passage de l'urine sur cette plaie fraîche et à son infiltration à travers le tissu cellulaire lâche situé en avant et autour de la vessie. Nous décrirons tout d'abord la pratique ordinairement suivie en France dans ces derniers temps et souvent couronnée de succès pour exposer ensuite les divers moyens mis en œuvre contre l'infiltration d'urine et en particulier la suture de la vessie. Nous empruntons à la thèse de M. Broussin les détails suivants qui contiennent la pratique de MM. Périer et Guyon : « On met deux gros tubes en caoutchouc du calibre du petit doigt environ, dans la plaie à côté l'un de l'autre ; l'extrémité qui plonge dans la vessie doit être munie de trous et arriver jusqu'au fond de la cavité et pour cela on les accompagne avec le doigt à mesure que l'on vide le pessaire rectal et l'on s'assure qu'ils occupent bien la place indiquée. Ceci fait, M. Guyon les fixe chacun avec un fil d'argent à la lèvre de la plaie correspondante. Ces deux tubes doivent être assez longs pour pouvoir passer par-dessus le pubis et venir plonger dans l'urinoir placé entre les jambes du malade. Le point important est de bien placer ces tubes au fond de la vessie et de les y maintenir... Un autre avantage de ces tubes est la possibilité de faire par l'un d'eux une injection qui revient largement par l'autre, ils jouent ainsi le rôle de siphon. On réunit ensuite la partie supérieure de la plaie avec deux points de suture, un profond, un superficiel et la plaie hypogastrique se trouve ainsi presque complètement close ; en bas elle est occupée par les tubes ; en haut, elle est obstruée par les fils. Par ce moyen on évite l'uréthrite si douloureuse provoquée par la sonde à demeure et l'on tient le malade à sec, les pièces du pansement et le lit n'étant pas mouillés.

« Les tubes posés et leur bon fonctionnement assuré, on applique un large pansement de Lister, en ayant soin d'envelopper tout le ventre avec de l'ouate phéniquée, y compris les organes génitaux externes ; puis on fait une légère compression au moyen d'un bandage de corps que l'on fait passer sur les os des îles. »

Les jours qui suivent on fait trois fois par jour des lavages à la solution boriquée et l'on change le pansement si on le trouve mouillé pendant cette opération, car le liquide du lavage passe quelquefois entre les tubes et la plaie ; mais on peut éviter cela en exerçant une légère pression pendant le lavage. Quelquefois les lèvres de la plaie se recouvrent d'un enduit grisâtre que M. Guyon panse avec une solution de chlorure de zinc à 1/10. Grâce à cette cautérisation, la plaie reprend vite une bonne apparence.

« Lorsqu'elle est rouge et semble marcher vers sa guérison, on retire les drains ; cela doit se faire une dizaine de jours au moins après l'opération ; dans ce laps de temps, le tissu cellulaire s'est condensé et son infiltration est bien plus difficile. »

Chez les malades de Guyon, les tubes tombèrent ou furent enlevés du septième au dixième jour. « Dès lors, pour diminner encore le passage de l'urine par la plaie, on met une sonde à demeure qui le plus sonvent fonctionne assez bien à cette époque, tandis qu'au début le fonctionnement est des plus défectueux et quelquefois même nnl ; on continue les lavages comme avant, mais un bon moyen est de les faire avec une sonde que l'on met dans la vessie par la plaie : le liquide sort alors en grande partie par la soude à demeure. La durée du séjour de la sonde a varié entre treize et quarante-huit jours et dépend du degré de fermeture de la plaie. Lorsqu'on retire la sonde, on pratique deux fois par jour, même plus s'il y a besoin, des cathétérismes et des lavages... »

« Il importe aussi de ne pas laisser le malade se lever trop tôt : il faut attendre la cicatrisation complète, sans quoi on s'expose à voir la plaie se rouvrir... »

« Le temps nécessaire à la guérison a varié entre 19 et 69 jours. »

Ces détails nous permettent d'exposer brièvement les autres moyens qui ont été proposés pour s'opposer au passage de l'urine par la plaie vésicale et à son infiltration dans le tissu cellulaire voisin. Je ne signalerai que pour mémoire la boutonnière uréthrale de Frère Côme, qui servait en même temps à l'introduction de la sonde à dard ; la ponction de Palluci sur les parties latérales du périnée ou la ponction recto-vésicale de Deschamps, pour fixer dans ce trajet artificiel une canule à demeure. Je rappellerai seulement les tentatives faites pour dériver l'urine à l'aide d'une sonde à demeure fixée dans l'urèthre, munie ou non d'un siphon. L'obstruction facile des yeux de la soude par des mucosités, le mauvais fonctionnement du siphon, l'incrustation rapide des sondes par des sels calcaires, la cystite avec ses douleurs et ses contractions, sont des accidents trop fréquents pour qu'on puisse compter sur ce moyen. La possibilité d'assurer d'une manière à peu près complète l'écoulement de l'urine à l'extérieur par les deux tubes dont nous avons décrit le mode d'application ne constitue pas un des moindres perfectionnements apportés à la taille hypogastrique et remédie heureusement à un desideratum des soins consécutifs.

Déjà les anciens chirurgiens, Sollingen, Dionis, Jean-Louis Petit, Prœbisch, Frère Côme, avaient tenté la suture de la vessie ; mais les accidents graves qui s'ensuivirent les firent renoncer à cette pratique déconseillée par Belmas et plus récemment par Günther et par Bouissou. C'est seulement dans ces dernières années que la suture vésicale est revenue en faveur. En Amérique, Dulles conseille et pratique la suture de Lembert, en laissant la muqueuse en dehors du trajet des fils ; en Allemagne, Latzbeck, Ultzmann déclarent que la suture doit être faite et que si elle n'est pas suivie de réunion par première intention, elle est cependant utile et permet de laisser passer le moment où l'infiltration d'urine peut se produire. Petersen, Albert de Vienne recommandent la même pratique ; Tisseire, Baudon, ont proposé des procédés de suture plus ou moins compliqués qui malheureusement manquent de sanction, n'ayant jamais été appliqués sur l'homme.

Vincent (de Lyon), a de même décrit, d'après des expériences sur des chiens, divers procédés de suture vésicale auxquels on peut faire le même reproche.

En France, notre expérience n'est pas faite à cet égard ; dans trois cas où Monod pratiqua la suture vésicale, deux fois il se fit une infiltration d'urine rapidement mortelle, tandis que dans la statistique de Flury on relève ce fait que dix fois on a fermé la plaie de la vessie par la suture et que dans ces dix cas la guérison a eu lieu.

En l'état actuel des choses, nous ne saurions nous prononcer. Le drainage exact de la vessie à l'aide des deux gros tubes, sans aucune tentative de réunion, a donné dans les dernières opérations faites en France un trop bon résultat pour que nous ne le recommandions pas avec confiance, sans cependant rejeter de parti pris la suture vésicale. Si l'on cher-

che à obtenir ce résultat, la suture devra être pratiquée de préférence, comme pour l'intestin, par le procédé de Lembert sans intéresser la muquense, à l'aide de soie phéniquée; les fils seront nombreux et rapprochés; la plaie abdominale ne sera pas réunie dans toute son étendne et sera soigneusement drainée à sa partie inférieure; la vessie sera vidée par un cathétérisme régulièrement répété et ne renfermera pas de sonde à demeure et toutes les précautions antiseptiques devront être mises en pratique.

Complications de la taille hypogastrique. — On n'observe guère que la *péritonite* et *l'infiltration d'urine* comme complications de la taille sus-pubienne. La péritonite est rare; elle peut être due à une blessure du péritoine ou à une inflammation de voisinage propagée à la séreuse. Günther n'en rapporte que 8 cas, sur lesqnels 3 ont été causés par une lésion du péritoine, et Flury, sur 74 opérations, signale 6 cas de mort par péritonite, dont 1 par blessure du péritoine. L'inflammation peut se localiser autour de la vessie et se terminer par la production d'adhérences; au contraire, elle peut se généraliser et revêtir tous les caractères de la péritonite traumatique suppurée.

La complication la plus redoutable après la taille hypogastrique est sans conteste l'infiltration d'urine, ou plus exactement le phlegmon septique aigu qui succède rapidement aux manœuvres de l'opération et à l'introduction de l'urine dans le tissu cellulaire péri-vésical. Il faut tenir compte, en effet, dans la production de cette grave complication de ces deux éléments, la contusion, la déchirure du tissu cellulaire de la région et le passage d'une urine plus ou moins altérée. Ces accidents de cellulite pelvienne diffuse et gangréneuse ne se montrent guère que dans le cas de déconverte difficile de la vessie ou d'extraction laborieuse du calcul. Dulles ne signale cette complication que 7 fois sur 428 cas; et Flury 5 fois sur 92; Broussin l'a observée 3 fois sur 14 cas, proportion beaucoup plus considérable; dans deux de ces derniers faits, l'opération avait été faite sans le ballonnement rectal, et dans le troisième le calcul était énorme (Monod).

Cette complication s'annonce par une forte élévation de la température, par des phénomènes d'adynamie, par de la sensibilité au niveau de la région hypogastrique ou dans une des fosses iliaques, par l'écoulement d'un liquide sanieux et noirâtre au niveau de la plaie hypogastrique; elle peut s'aggraver par son extension au péritoine et se termine fatalement par la mort. Dès les premiers instants où l'on soupçonne l'invasion des accidents, on devra se hâter de désunir la plaie abdominale si sa réunion avait été tentée, faire dans toute la région des injections désinfectantes très répétées et établir un drainage du cul-de-sac rétro-pubien au moyen d'un ou de plusieurs gros tubes en caoutchouc que l'on fera ressortir par des contre-ouvertures pratiquées au-dessous de la symphyse pubienne ou dans son voisinage.

On a encore signalé comme des complications possibles et plus ou moins éloignées de la taille hypogastrique, la formation d'abcès péri-vésicaux, la persistance de fistules urinaires, l'éventration au niveau de la cicatrice abdominale; ce sont des accidents exceptionnels sur lesquels nous n'avons rien de particulier à dire.

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

De l'action hypnotique et analgésiante des acétals, par von Mering (1). — Études sur l'action des acétals (diéthylacétal), par Stoltenhoff (2). — Sur l'action narcotique de l'acétal et de la paraldéhyde, par O. Berger (3). —Résultats obtenus a la clinique du professeur Leyden (de Berlin) avec l'acétal, par M. Hiller (4). — Sur l'action physiologique de la paraldéhyde, par Cervello (5). — Le piscidia érythrina, un nouveau narcotique, par le professeur Ott (6).

Le diéthylacétal ($C_6H_{14}O_2$), de la famille des acétals, et couramment désigné sous ce nom générique, a été représenté récemment par M. von Mering comme un excellent succédané du chloral. C'est une substance d'une saveur amère, légèrement brûlante, soluble dans 18 fois son volume d'eau et en toutes proportions dans l'alcool. Son point d'ébullition est de 104°, son poids spécifique 0,83. Les expériences de M. von Mering, faites sur des grenouilles et des mammifères, ont conduit l'auteur à conclure que les acétals et le diéthylacétal en particulier agissent sur les centres nerveux pour en suspendre les fonctions, en commençant par le cerveau, pour continuer par la moelle et le bulbe; à doses toxiques, ces substances produisent l'arrêt de la respiration, et, plus tard, l'arrêt du cœur, qui est l'*ultimum moriens*.

M. von Mering a expérimenté les propriétés hypnotiques du diéthylacétal sur huit de nos semblables. Six des sujets en expérience ont dormi pendant le courant de la journée, après avoir pris 10-12 grammes du nouveau médicament. Les deux autres, un blessé avec fracture double du calcanéum, et un ataxique avec douleurs fulgurantes, n'éprouvèrent à la suite de l'ingestion de l'acétal qu'un assoupissement et une atténuation marquée de leurs souffrances. Une fois l'action hypnotique dissipée, aucun de ces huit sujets n'accusa de phénomènes consécutifs désagréables. Comme d'ailleurs le diéthylacétal est moins caustique que le chloral, von Méring recommande de le substituer à ce dernier de préférence dans les cas d'affections ulcéreuses des voies digestives. Un excellent mode d'incorporation consiste à donner le diéthylacétal (12 grammes) en suspension dans un mélange de mucilage de gomme (15 grammes) et d'eau de fleurs d'orangers (25 grammes).

Les observations publiées par M. Stoltenhoff sont favorables aux conclusions tirées par M. Mering de ses premières expériences cliniques: Chez une vieille femme frappée de démence depuis cinq mois, en proie à une agitation et à une insomnie persistantes, l'administration de l'opium n'avait donné aucun résultat. Il en fut de même avec l'acétal donné à la dose de 3 grammes. Sous l'influence d'une dose un peu plus forte, la malade devint calme et dormit pendant la moitié de la nuit suivante; à la suite d'une dose de 5 grammes, la malade dormit pendant une nuit tout entière et resta calme le lendemain. Cet effet salutaire s'est maintenu, et au moment de la publi-

(1) Berliner Klin. Wochenschrift, 1882, n° 43.
(2) Centralblatt fur Nervenheilkunde, 1883, n° 6.
(3) Breslauer ærtzl. Zeitschr., 1883, n° 6.
(4) Deut. med. Wochenschrift, 1883, n° 9.
(5) Archiv. fur experiment. Pathologie und Pharmak., t. XVI, fasc. 4, p.
(6) Therapeutic Gaz. et Centralblatt fur Therapie, 1883, n° 6.

cation de ce fait, cette femme aveit absorbé en tout 320 grammes d'acétal. Chez deux autres démentes, dont l'une affectée de la paralysie générale, le diéthylacétal donné à la dose quotidienne de 5 grammes procura également le calme et le sommeil. De même, dans un cas de manie aiguë, chez un homme robuste qui était nuit et jour en proie à une agitation motrice désordonnée, une dose de 4 grammes de diacéthal amena une nuit calme ; on continua de donner le médicament pendant treize jours de suite, à la dose de 5 grammes, toujours avec le même succès. En somme, chez tous les déments agités auxquels il a administré le diéthylacétal, Stoltenhoff a constamment obtenu des effets sédatifs et hypnotiques, qui se montraient de cinq à trente minutes après l'ingestion du médicament, pour durer de quatre à dix heures.

Les observations faites par M. O. Berger (de Breslau) sur treize déments soumis à l'administration du diéthylacétal sont beaucoup moins favorables au nouveau médicament. A la dose de 10 grammes, le diéthylacétal a fait dormir un malade pendant une heure et demie ; chez quatre autres malades, l'effet narcotique dura de vingt à trente minutes, et il a fait complètement défaut chez huit autres. A côté de cela, M. Berger a vu l'ingestion du médicament occasionner une fois des vomissements, deux autres fois de la rougeur de la face ; enfin deux malades se sont plaints d'une pesanteur de tête et d'une sorte d'ébriété qui se traduisait par de la titubation et qui dura, chez l'un, pendant plusieurs heures. Une autre fois, Berger fit prendre à un malade 18 grammes de diéthylacétal, sans qu'il en résultât aucun effet fâcheux ; le malade dormit pendant une heure.

Les résultats obtenus à la clinique du professeur Leyden (de Berlin) ont été encore moins satisfaisants. Pour obtenir des effets narcotiques tranchés, il a fallu donner le diéthylacétal à la dose massive de 8 à 10 grammes. Or, même en suspension dans du mucilage de gomme édulcoré, le médicament exerçait sur les muqueuses une action caustique qui incommodait les malades. De plus, le lendemain à leur réveil, ceux-ci se plaignaient souvent de pesanteur de tête, d'abrutissement, de lourdeur dans les membres, voire de nausées et de vomiturition. Bref, suivant Leyden, l'acétal, beaucoup moins actif que le chloral, offre des inconvénients qui n'a pas ce dernier.

Il en serait tout autrement de la paraldéhyde ($C^6H^{12}O^5$), une substance isomère de l'aldéhyde, qui est douée, il est vrai, de propriétés hypnotiques moins énergiques que le chloral, mais qui, même à doses élevées, n'influence pas le cœur, ni la pression intra-vasculaire; M. Cervello a pu s'en convaincre par des expériences sur des chiens et des lapins. Un malade affecté d'une sciatique prit en trois fois 8 grammes de paraldéhyde (en solution aqueuse à 3 0/0) ; les prises étaient espacées de demi-heure en demi-heure. Deux heures après la dernière (6 h. 30 du soir), le malade s'endormit d'un sommeil calme et naturel et ne se réveilla que le lendemain à cinq heures. De ses autres observations, M. Cervello a conclu que l'action de la paraldéhyde est beaucoup plus prompte à se manifester chez les femmes que chez les hommes, et que, d'une façon générale, la dose à employer pour obtenir des effets hypnotiques aussi prononcés qu'avec le chloral est triple de la dose de ce dernier médicament.

M. O. Berger a fait 80 expériences cliniques avec la paraldehyde, dans son service à l'hôpital, et 20 autres dans sa clientèle privée. Il est arrivé à des conclusions conformes : 20 fois le médicament a été administré le soir ; les 60 autres fois dans le courant de la journée. La dose administrée a varié de 1 gr. 5 à 12 grammes. Le médicament était donné en suspension dans du mucilage de gomme édulcoré avec du sirop d'écorces d'oranges amères. Sur les 80 expériences faites à l'hôpital, 19 fois le résultat s'est traduit par un profond sommeil, de plusieurs heures de durée : 42 fois les malades n'ont dormi que beaucoup moins longtemps (1 h. 1/2 à 3 h.) ; 19 fois l'effet soporifique a été nul. La dose efficace, dans les cas favorables, a varié de 2 à 4 grammes ; le sommeil survenait de dix à vingt minutes après l'ingestion du médicament. Quand l'effet voulu faisait défaut avec une dose de 4 grammes, il arrivait rarement qu'en augmentant la dose (5 et 12 grammes) le résultat fût meilleur ; par contre, les malades étaient alors pris de nausées, de vomissements, de céphalalgie, d'ébriété. Il n'y eut jamais de manifestations inquiétantes. Chez les malades de sa clientèle privée, M. Berger a vu l'administration de la paraldéhyde (2 à 4 grammes) donner des résultats favorables 12 fois sur 20. Il conclut qu'il y a lieu de recourir à ce nouveau médicament lorsque le chloral se montre inefficace, ou lorsqu'il est contre-indiqué par le fait d'une complication cardiaque.

Le *piscidia erythrina* (Jamaïca dogwood), originaire des Indes occidentales et de la Floride, appartient à la famille des légumineuses. On trouve dans le commerce l'écorce de racine, utilisée pour les besoins de la droguerie. Le professeur Ott, qui a étudié les propriétés pharmaco-dynamiques de cette écorce, estime qu'elle est appelée à prendre rang parmi les ressources courantes de la matière médicale, en qualité de narcotique. Les préparations de *piscidia* procurent un sommeil artificiel qui offre les mêmes caractères que le sommeil développé par l'ingestion d'une dose convenable de bromure de potassium. M. Ott a expérimenté sur sa propre personne. Après avoir pris la valeur d'une cuillerée à thé d'extrait fluide de racine d'écorce de *piscidia*, il ne tarda pas à s'assoupir et il dormit pendant trois heures. A son réveil, il n'éprouva aucune des incommodités qui survivent aux effets narcotiques des préparations opiacées. Comme l'atropine, le principe actif du *Piscidia erythrina* produit de la mydriase, mais par un autre mécanisme que l'alcaloïde de la belladone. Car, d'après les recherches d'Ott, l'écorce de racine du piscidia serait douée d'une action excitante très énergique sur les nerfs vaso-moteurs.

L'extrait fluide de piscidia se prescrit à la dose de 2 à 3 grammes. Le recueil auquel nous empruntons les détails précédents mentionne les deux préparations suivantes comme étant d'un emploi commode pour la pratique :

1° Rec. Extrait fluide de piscidia erythrina 20 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères.. 40 —
M. s. a. Une à deux cuillerés à café *pro dosi*.

2° Rec. Extrait fluide de piscidia erythrima 20 grammes.
Eau distillée. . . . . 40 —
Sirop diacode. . . . . 40 —
M. s. a. Une à deux cuillerées à bouche, à prendre en une seule fois.

E. Ricklin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1883. — Présidence de M. Hardy.

Correspondance officielle. — M. le ministre de l'instruction

publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Ball comme titulaire dans la section de pathologie médicale.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Ball prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Berne (de Lyon) qui sollicite le titre de membre correspondant et envoie à l'appui de sa candidature la liste de ses travaux ; — 2° une note sur le traitement du choléra asiatique par l'opium, par M. le docteur Simorre ; — 3° une note complémentaire sur l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, par M. le docteur Demons (de Bordeaux) ; — 4° une observation de *décollement de la rétine* guéri en quarante-huit heures par une *opération d'iridectomie*, par M. le docteur Fano ; — 5° un travail intitulé : *Physiologie pathologique et traitement du choléra*, par M. le docteur Personne ; — 6° un mémoire intitulé : *Considérations sur l'étiologie et le traitement de la pneumonie obaire aiguë*, par M. le docteur Alison.

— TRAVAUX PRÉSENTÉS. — *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, etc. (1er volume), offert en hommage par M. Dujardin-Beaumetz. — *Manuel pratique de l'art des accouchements* (quatrième édition), par M. le docteur Verrier. - *Recherches cliniques sur les maladies des enfants* (2e volume), offert en hommage par M. Henri Roger. — L'auteur dit, aux applaudissements de l'Académie, que ce livre, dont il a mis vingt ans à rassembler les matériaux et à travailler la rédaction, est l'œuvre d'une vie consacrée tout entière à la pathologie infantile

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant pour la quatrième division.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, MM. Audouard (de Nantes) et Cazeneuve (de Lyon) ; — en deuxième ligne, MM. Lotard (de Lille) et Perrier (de Bordeaux)..

Le nombre des votants étant de 48, majorité 25, M. Audouard obtient 36 suffrages et M. Cazeneuve 10, bulletins blancs, 2.

En conséquence, M. Audouard ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé correspondant de l'Académie.

— M. le docteur OLLIVIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis, lit un travail *sur la contagion de la fièvre typhoïde étudiée plus spécialement dans les hôpitaux de Paris.*

L'auteur a observé, dans le courant du mois de janvier de l'année dernière, dans son service à l'hôpital Saint-Louis, deux faits de fièvre typhoïde qui se sont produits sur deux jeunes femmes syphilitiques. Une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde était entrée dans le service de M. Ollivier. Deux jeunes syphilitiques, couchées l'une dans le lit voisin de cette malade, l'autre dans un lit éloigné de quelques mètres, furent prises successivement de la fièvre typhoïde, alors que pas un seul cas ne s'était encore développé dans la salle, avant l'arrivée de la malade venue du dehors. M. Ollivier, considérant ces deux faits comme des cas certains de contagion, fit évacuer et nettoyer la salle. Il conclut que, dans les hôpitaux, il conviendrait : 1° d'éloigner des malades atteints de fièvre typhoïde les personnes jeunes et non encore acclimatées ; 2° de prévenir le public du danger qu'il peut y avoir pour ces personnes à rendre des visites aux typhoïdiques, surtout des visites répétées.

— M. BOULEY a la parole à l'occasion du procès-verbal et de la communication faite dans la dernière séance par M. Proust sur les accidents produits par l'usage de la graine du *Lathyrus cicera* employée comme aliment. M. Bouley appelle l'attention sur les faits de pathologie vétérinaire indiqués sommairement par M. Proust et qui ont une grande importance dans cette question.

Il s'agit d'une véritable expérience faite par un vétérinaire très instruit, M. Verrier, relative aux effets de l'introduction de la jarosse dans le régime alimentaire d'un certain nombre de chevaux.

45 chevaux furent soumis pendant plusieurs mois à l'usage de la jarosse mélangée à leur ration ordinaire, dans la proportion d'un à deux litres par jour pour treize litres d'avoine.

En même temps étaient mis comparativement en observation 150 chevaux soumis au régime ordinaire de l'avoine.

L'expérience fut commencée en 1869 ; vers le 12 janvier de l'année suivante, plusieurs chevaux présentèrent des symptômes de paralysie du train postérieur, joints à un cornage d'une intensité considérable qui nécessita l'opération de la trachéotomie, laquelle n'empêcha pas la mort plus ou moins rapide par asphyxie. On supprima alors la jarosse du régime alimentaire des chevaux, mais les effets morbides ne s'éteignirent pas avec la suppression de leur cause. Sur 45 chevaux, 29 furent atteints des accidents déjà mentionnés, c'est-à-dire de paraplégie et de troubles de la respiration amenant le cornage, l'asphyxie et la mort.

En même temps, sur les 150 chevaux nourris par leur régime ordinaire, aucun accident semblable ne se manifesta.

Il n'y a donc pas de doute sur la relation qui a existé, chez le premier groupe de 45 chevaux, entre la maladie et le régime alimentaire. La preuve en est évidente et absolument démonstrative.

A la même époque, M. Verrier fut appelé par un cultivateur des environs de Rouen pour voir des chevaux qui présentaient depuis quelque temps des accidents insolites.

Il reconnut les caractères de la maladie observée chez les chevaux précédents : faiblesse des reins et cornage. M. Verrier s'enquit de la nourriture que l'on donnait aux chevaux malades et apprit qu'ils mangeaient de la jarosse.

Ces jours derniers, M. Bouley a reçu d'un médecin de province une lettre dans laquelle son correspondant lui cite des faits confirmatifs du danger de l'emploi de la jarosse dans la nourriture des animaux.

Des canards et des oies ayant mangé d'une pâtée faite avec de la farine de jarosse périrent en grand nombre après avoir présenté des symptômes d'ivresse, de somnolence et de paralysie.

Toutefois, dans les recherches faites par M. Bouley au point de vue de l'action de la jarosse donnée aux animaux à titre d'aliments, il a constaté que les auteurs n'étaient pas d'accord sur ce point. Tandis que les uns recommandent la jarosse comme un excellent aliment qui n'aurait jamais d'inconvénients, d'autres, au contraire, signalent les dangers de cette substance. Il est probable que les observations de ces auteurs s'appliquent à des phases différentes de l'évolution de la plante dont il s'agit, ou encore à des espèces différentes qui, suivant M. Magne, seraient au nombre de quatre.

Il faudrait, dit M. Bouley, étudier ces espèces à toutes les périodes de leur développement et tâcher de découvrir le principe inconnu auquel la plante doit son action nuisible.

Quoi qu'il en soit, comme il résulte des observations faites sur le *Lathyrus cicera* que cette plante contient un principe particulier exerçant une action élective sur le centre nerveux cérébro-spinal, M. Bouley se demande si l'on ne pourrait pas mettre à profit cette observation en expérimentant l'emploi du *Lathyrus cicera* dans le traitement préventif et curatif d'une maladie des plus terribles, qui a son siége dans le système nerveux central, la rage.

Les découvertes récentes ont montré que la contagion des maladies virulentes est produite par le développement et la pullulation d'un élément vivant, le microbe. D'autre part, diverses observations et expériences ont prouvé dans ces derniers temps qu'il est possible de modifier, à l'aide de certains agents thérapeutiques, le milieu intérieur dans lequel se développent et pullulent les microbes, de manière à rendre ce milieu plus ou moins réfractaire au développement et à la pullulation des parasites : le sulfate de quinine, le mercure, l'arsenic, le cuivre, paraissent exercer une influence favorable à titre de moyens préventifs de certaines maladies, en particulier de la fièvre intermittente et du choléra. Ainsi des expériences faites en Italie semblent démontrer que l'arsenic aurait pour effet de préserver de la malaria. Les recherches sta-

tistiques de M. Burq sur l'action du cuivre comme moyen préservatif du choléra paraissent également rendre probable l'hypothèse de la préservation par cet agent. M. Bouley ne voit pas pourquoi l'on ne ferait pas l'essai du *Lathyrus cicera* comme agent préventif et curatif contre la rage.

—A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Léon Labbé sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

La commission propose : en première ligne, M. Lannelongue ; en deuxième, M. Le Dentu ; en troisième, M. Terrier ; en quatrième, M. Périer ; en cinquième, M. Péan.

Addition à la séance du 3 juillet.

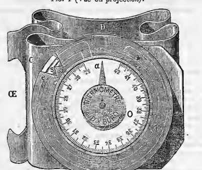
NOUVEAU THERMOMÈTRE CIRCULAIRE A INDEX MAXIMA ET MINIMA, AVEC CARTONS THERMOGRAPHIQUES, par le docteur V. BURQ.

L'instrument a pour but : 1° la *thermométrie* plane sur toutes les régions du corps indistinctement ; 2° la *thermographie*, ou l'enregistrement des observations thermométriques, avec le temps de leur durée ; 3° la *thermo-métalloscopie*, détermination des sensibilités métalliques individuelles par les variations thermiques.

Il a pour organes essentiels :

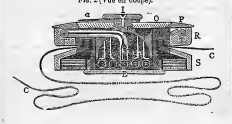
A. Un thermomètre circulaire à cadran O, pourvu de deux index. *a, i* (V. fig. 1), dont la tige et la cuvette en contre-bas *x. x.* sont encastrées, en vue de les sauvegarder contre leur fragilité, dans une sorte d'écrin *rigide* fermé en haut par une plaque tournante P, qui ne laisse voir qu'une faible section de la tige par une échancrure *e*, au milieu de laquelle est une flèche dont la pointe correspond à l'index *i*.

FIG. 1 (Vue en projection).



B. Des rondelles des différents métaux malléables à l'usage de la métalloscopie, assez minces pour pouvoir être contenues toutes dans le vide du socle S.

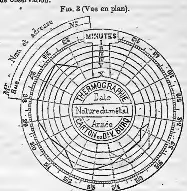
FIG. 2 (Vue en coupe).



C. Une longue bande de caoutchouc C avec des œils *œ*, pour permettre de fixer l'instrument sur n'importe quelle région, à la façon d'un bouton de manchette dont il affecte la forme.

D. Des cartons dits *thermographiques* (V. fig. 3), sur lesquels sont reproduits tous les chiffres et divisions de O, et tracés des cercles I, II, III, IV, V et X, pour marquer en minutes la durée de chaque observation.

FIG. 3 (Vue en plan).



Grandeur d'exécution.

G. DUPRÉ, constructeur, 5, rue Campagne-Première.

Mode d'emploi :

THERMOSCOPIE. — On fixe l'instrument, avec ou sans ses rondelles métalliques, suivant qu'on veut faire de la thermo-métalloscopie ou seulement de la thermométrie plane, et, pour avoir la température, il n'y a qu'à faire tourner P, de façon à ce que la pointe de la flèche et le sommet de la colonne de mercure soient bien en regard, et la lecture en O, au point marqué par *i*, donnera la température à 1/10 de degré près.

Pour faire une double observation, on marquera la première en plaçant la pointe de *a* vis-à-vis de *i*, après quoi *i* pourra être reporté ailleurs.

En ce cas, *i* jouera le rôle d'index *maxima* ou *minima*, suivant que la température aura monté ou baissé.

THERMOGRAPHIE. — On inscrit les observations, minute par minute, au moyen de cercles concentriques I, II, III, etc., ainsi que le fait voir le tracé de fig. 3. Ce tracé signifie que le thermomètre a marqué 25° ; après 4 minutes, 26, à la 5° 28, à la 6° etc., et que la température a atteint son apogée + 35,05 après la 31° minute, puisqu'elle est descendue successivement à 36°25 au bout de deux autres minutes, à 35° après deux autres, etc., et finalement, après 45 minutes, à 33°, où elle est restée stationnaire.

THERMO-MÉTALLOSCOPIE. — On commence par faire la *thermographie* sans métal, des deux côtés, puis on recommence mais en mettant une rondelle du côté frappé d'athermie relative. Si les applications des différentes rondelles ne donnent rien, il reste la ressource des injections. Cette ressource est extrêmement précieuse parce que non seulement les injections agissent plus sûrement et plus vite, et sans se laisser annihiler par les *aptitudes métalliques dissimulées*, mais encore parce qu'elles permettent de reconnaître la sensibilité à des métaux qui, comme le mercure, l'antimoine, la manganèse, etc., ne peuvent point se prêter à des applications externes, et même à certains métalloïdes, de telle sorte qu'avec les uns, comme avec les autres, l'on puisse faire ce qu'on n'aurait même pas osé rêver avant la découverte de la métallothérapie, de la *thérapeutique à coup sûr*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juillet 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Verneuil présente, au nom de M. Contarel (de Roanne), une brochure intitulée : *Vingt-cinq ans de chirurgie à la campagne.*

M. Polaillon présente, au nom de M. Henri Aragon, une thèse intitulée : *Des angiômes des muqueuses.*

—Kystes de l'ovaire. — M. Terrier : Dans la dernière séance, M. Terrillon a voulu montrer quelle était la conduite à tenir dans les cas de prolongement du kyste dans l'épaisseur du ligament large, mais il s'est trompé en disant qu'il y avait un manuel opératoire particulier, lorsqu'on ne pouvait pas énucléer.

Sur 63 ovariotomies, j'ai vu sept fois le kyste se prolonger dans le ligament large, ce qui prouve que cette disposition n'est pas très fréquente, et dans ces sept cas j'ai fait l'opération complète ; en effet, je ne m'occuperai que de ces cas, car lorsqu'on ne peut faire l'opération complètement, le suintement est le même, quel que soit l'endroit où le kyste se prolonge.

Dans l'ovariotomie normale, le kyste est ordinairement relié aux organes voisins par un pédicule, sur lequel on agit ; dans d'autres cas, ce pédicule se dédouble et empiète un peu sur le ligament large. Il y a alors deux pédicules, l'un interne ou utérin, l'autre externe, beaucoup plus important et fourni par les vaisseaux utéro-ovariens.

M. Terrier cite sept observations de kystes avec prolongement dans le ligament large, et sur lesquelles il y a eu cinq guérisons et deux morts. Dans tous ces cas il a pu faire l'énucléation complète, soit avec les doigts, soit avec les ciseaux. Il a lié les deux pédicules vasculaires tantôt avant, tantôt après l'énucléation ; dans deux cas, il les a fixés à la paroi abdominale; dans les autres cas, il les a réduits. En résumé, on ne peut établir de règle absolue dans la conduite à tenir, et il faut faire comme on peut.

M. Pozzi : Ces prolongements, indiqués par M. Terrillon, ne sont pas une chose nouvelle, et ils ont été décrits depuis longtemps en France et à l'étranger. Les Américains, même lorsqu'ils laissent une partie de la poche kystique, désignent cette méthode par un mot : la *marsupialisation*, comparant cette poche à celle des *marsupiaux*.

M. Polaillon. — Il y a deux points dans la communication de M. Terrillon ; le diagnostic du prolongement et la question opératoire.

Le diagnostic peut rarement être fait complètement. Quant à l'opération, on peut, dans certains cas, la faire complètement et dans d'autres l'on est obligé de laisser une partie de la poche; c'est ce qui m'est arrivé chez une malade, et dans ce cas la partie qui était restée s'est atrophiée au bout d'un certain temps.

M. Lucas-Championnière. — Tous les ovariotomistes ont prévu ce développement des kystes dans le ligament large, et dans ce dernier cas la décortication ne diffère pas sensiblement du décollement des adhérences. Il faut toujours enlever autant que l'on peut, afin d'éviter autant que possible le drainage.

M. Monod. — Je crois que M. Terrier a été un peu sévère pour M. Terrillon, car, à côté des cas types dont a parlé M. Terrier, il en existe d'autres. J'ai opéré cette année une femme atteinte de tumeur fibro-kystique de l'ovaire, et il y avait de telles adhérences que j'ai été obligé de laisser une partie de la tumeur que j'ai fixée à la paroi, et elle s'est atrophiée, comme dans le cas de M. Polaillon.

M. Terrier. — Ces cas d'atrophie de la masse kystique laissée dans l'abdomen sont exceptionnels. Pour le reste, je ne me suis occupé que des opérations complètes, et dans ce cas il n'y a pas de règles à établir.

— Double lipôme symétrique de la langue chez un tuberculeux. Rapport de M. Pozzi sur une observation de M. Cauchois (de Rouen). — Ces cas sont rares. M. Pozzi croit qu'on peut distinguer trois variétés de lipômes : les uns sous-muqueux, les autres intermusculaires ; c'est le cas de M. Caucbois ; enfin on pourrait nommer la troisième variété le lipôme de constitution, qui serait dû à la dégénérescence granulo-protéique des fibres musculaires, ainsi que l'a signalé Heurtaux.

— M. Polaillon présente un tuberculeux auquel il a fait l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou. L'opération a été suivie d'une réunion immédiate superficielle et profonde, et depuis la santé générale s'est améliorée et les accidents pulmonaires se sont amendés.

Dr Henri Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin 1883. — Présidence de M. Millard.

Hystérie et métallothérapie. — MM. Berq et Moricourt appellent l'attention de la Société sur un cas de guérison rapide d'hystérie par l'application d'une armature d'aluminium et l'emploi du sulfate d'alumine en pilules et en injections sous-cutanées. L'observation est celle d'une jeune fille de 20 ans atteinte d'une affection hystérique complexe dont la dominante était caractérisée :

1o Par des crises d'aboiement semblables à ceux d'un chien de moyenne taille et qui, depuis quatre ans, se répétaient invariablement après chaque repas et souvent aussi à la suite d'une émotion ou d'une fatigue. Chaque crise durait de quinze à vingt minutes ;

2o Par une anesthésie absolue dans tout le côté gauche ;

3o Par une parésie intestinale opiniâtre qui rendait impossibles les garde-robes sans lavement ;

4o Par des troubles trophiques de la peau qui se traduisaient le plus ordinairement par des bandes de rongeurs à base indurée et des vergetures, comme dans la grossesse.

Ataxie locomotrice syphilitique. — M. Rendu communique, au nom de M. Desplats (de Lille), une deuxième observation de guérison d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique.

Il s'agit d'un homme de 54 ans, qui a eu la syphilis d'une façon bien avérée à 20 ans. Bien qu'il eût été insuffisamment traité, il se crut néanmoins parfaitement guéri. D'ailleurs, jusqu'à l'âge de 40 ans, il n'eût aucun accident. C'est à cette époque seulement qu'il éprouva des troubles visuels : diplopie, amblyopie, ainsi que des vertiges, des étourdissements, phénomènes qui duraient depuis une dizaine d'années. Il y a cinq ans survinrent des douleurs fulgurantes, et l'ataxie locomotrice commença à évoluer avec tous ses caractères. A son entrée dans le service de M. Desplats, il y avait notamment anesthésie complète des membres inférieurs, anesthésie partielle des membres supérieurs, perte de la notion de position des membres, incoordination motrice considérable, abolition des réflexes et surtout du réflexe rotulien. En raison de ses accidents syphilitiques, le malade fut soumis au traitement spécifique par le sirop de Gibert et les frictions mercurielles. Cinq jours plus tard, une amélioration sensible était survenue dans l'état du malade ; au bout de quinze jours, la marche était moins incertaine, et trois mois après le commencement du traitement la guérison était complète.

Phlegmon périnéphrétique. — M. Guyot présente un malade au sujet duquel plusieurs erreurs de diagnostic ont été commises; il s'agissait en réalité d'un phlegmon périnéphrétique chronique très étendu et qui aujourd'hui, grâce à un traitement révulsif énergique et notamment à l'application de pointes de feu, est très notablement amélioré. La tumeur n'a jamais suppuré ; elle est actuellement très diminuée et a l'apparence d'une sorte d'induration calcaire.

Leucocythémie et tuberculose généralisée. — M. Albert Robin présente les pièces anatomo-pathologiques d'un garçon de 24 ans, qui était entré dans son service avec tous les caractères d'une leucocythémie avancée, tant du côté du foie, de la rate, du système ganglionnaire, que du côté du sang et des urines. Le diagnostic émis avait été, par suite, celui de leucocythémie avec adénie. Aussi l'autopsie fût-elle une véritable surprise. En effet, la rate était énorme, blanche, criblée de tubercules et de cavernes tuberculeuses; le foie était le siége d'une cirrhose hypertrophique considérable et pesait 2,800 grammes. Les ganglions, très volumineux, étaient remplis de matière caséeuse, la trachée et l'œsophage étaient fortement comprimés par des masses ganglionnaires considérables aussi. Le poumon droit présentait une toute petite lésion tuberculeuse, un seul petit nodule caséeux; les reins étaient également tuberculeux. En un mot, il s'agissait d'une forme de tuberculose généralisée se manifestant surtout dans les organes lymphoïdes, et des plus difficiles à diagnostiquer.

Œdème des replis aryténo-épiglottiques, surtout dans les maladies chroniques du larynx.—Sous ce titre, M. Gouguenheim donne lecture d'un mémoire dont voici les conclusions :

1° L'œdème des replis aryténo-épiglottiques, surtout dans les maladies chroniques du larynx, n'est pas toujours accompagné de dyspnée;

2° Quand la dysphagie manque, ce qui est rare, cet œdème peut être latent et n'être dévoilé que par l'examen laryngoscopique;

3° A l'examen laryngoscopique, les replis œdématiés ou hypertrophiés ne se rabattent ni ne se rejoignent au moment de la respiration;

4° Quand on invite le malade à émettre un son, les replis tuméfiés se rapprochent, mais sans provoquer de dyspnée, et ce n'est qu'au cas où ce mouvement se prolonge que le spasme se produit, et par suite la dyspnée.

5° Quand les replis sont énormes et tout à fait en contact, ils gardent une immobilité à peu près complète, et l'inspiration ne développe point de dyspnée, mais l'émission du son et un examen trop prolongé produisent très rapidement le spasme et la dyspnée, toutefois sans changer visiblement ni déplacer les replis;

6° Dans le cours d'un cas très prononcé d'œdème des replis, l'examen laryngoscopique pratiqué au moment d'une période d'accès de suffocation a permis de constater que, loin de se rapprocher au moment de l'inspiration, les replis s'écartaient au contraire à ce moment, très légèrement, il est vrai; la suffocation et la dyspnée n'étaient donc pas le résultat du rapprochement mécanique des replis tuméfiés. Le spasme seul des cordes provoquait ces signes, qui étaient du reste exaspérés par un examen prolongé et par l'émission du son;

7° La théorie de Sestier, pour expliquer les cas de suffocation, n'est donc pas exacte;

8° Les accès de suffocation et le sifflement inspiratoire ne sont dûs dans ces cas qu'à un spasme intercurrent, soit d'origine réflexe, soit par compression des nerfs récurrents;

9° La découverte des masses aryténo-épiglottiques sans dyspnée concomitante n'est donc pas une indication thérapeutique de la trachéotomie;

10° Il ne faut, dans un but thérapeutique, ne toucher les replis tuméfiés qu'avec la plus grande circonspection, à cause de la complication redoutable du spasme, qui est si aisément provoqué par l'examen;

11° Le spasme n'est pas toujours, dans ces cas, une indication absolue de la trachéotomie; on l'a vu disparaître quelquefois assez rapidement sous l'influence de médications variables, externes et internes;

12° Quand on est en présence des signes de la suffocation laryngienne, que presque tous les médecins attribuent toujours à l'existence d'un œdème des replis, il faut, et cela est presque toujours possible, pratiquer l'examen laryngoscopique, car cet examen peut dévoiler l'existence de lésions sous-glottiques qui peuvent influer sur le mode opératoire.

Carie des cartilages aryténoïdes. — M. Gouguenheim fait une seconde communication relative à un cas de carie des cartilages aryténoïdes chez un sujet mort de phthisie aiguë avec œdème des replis aryténo-épiglottiques sans dyspnée, mais avec aphonie et paralysie des cordes vocales qui seraient le signe d'une aryténoïdite. Cet homme avait présenté, comme dans la fièvre typhoïde, des taches rosées lenticulaires.

(A suivre).

Varèle.

FORMULAIRE

Suppositoires contre les hémorrhoïdes.

Rec. Iodoforme		4 grammes.
Baume du Pérou		8 —
Beurre de cacao	} àâ	6 —
Cire blanche		
Magnésie calcinée		4 —

Pour f. s. a. douze suppositoires. Introduire un de ces suppositoires après chaque selle.

(The London medical Record).

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

L'Élixir asiatique dans le traitement du choléra.

Le choléra fait de nombreuses victimes en Egypte. Dans la journée du 4 juillet dernier, ce terrible fléau a donné la mort à 116 personnes dans la seule ville de Damiette. Depuis lors, les chiffres obituaires journaliers pour cette malheureuse cité oscillent entre 110 et 120.

A la date ci-dessus, le nombre total des victimes s'élevait déjà à 1,116.

Tenant compte de la marche du fléau qui, à plusieurs reprises, est venu fondre sur la vieille Europe, au mépris des cordons sanitaires, des quarantaines et des lazarets, en dépit des ordres donnés de *tirer sur quiconque tenterait de franchir les zônes préservatrices*, la France n'est que trop sérieusement menacée. On a déjà annoncé que quelques cas de choléra auraient éclaté à Marseille et au Havre.

Devant un péril aussi menaçant, non seulement il importe de recourir aux mesures prophylactiques, mais il faut encore s'assurer des agents thérapeutiques les plus propres à combattre un ennemi redoutable, dont il a été, jusqu'ici, presque impossible de prévenir les atteintes.

Un savant médecin de la Faculté de Paris, M. le docteur Ingigliardi, ayant obtenu de grands avantages d'une médication expérimentée par lui à l'adresse d'une maladie zymotique non moins léthifère, la dysenterie épidémique, a eu l'idée de l'appliquer au traitement du choléra. Ce courageux praticien est donc parti pour l'Egypte, où il a obtenu des résultats bien propres à encourager ses confrères à faire à leur tour l'essai du précieux médicament qu'il recommande.

Ce médicament auquel l'auteur a donné le nom d'*Elixir asiatique* réunit tous les éléments d'action adaptés au terrible fléau. La formule dont la préparation exige de grands soins, de délicates manipulations et un temps assez long, a été déposée au ministère. Qu'il nous suffise de dire que sa composition est à base de genièvre, d'amers divers saturés de plantes aromatiques étrangères. L'auteur s'est efforcé de remplir les principales indications en rapport avec les symptômes les plus saillants et l'essence intime indiscutable de cette terrible affection. C'est non seulement un médica-

ment très actif, mais encore un *tonique puissant* et un *préventif sans égal.*

Grâce aux magnifiques découvertes de M. Pasteur, il est aujourd'hui hors de doute que les diverses maladies zymotiques sont dues à l'infection de l'économie par des microbes. Aussi le docteur Ingigliardi n'a-t-il pas négligé de faire entrer dans sa formule les agents bactricides.

En présence de l'impuissance trop bien établie des ressources de l'art, n'est-ce pas un devoir d'essayer une médication nouvelle qui se recommande non seulement par ses succès dans une affection d'essence identique, mais par sa rationalité, puisqu'elle repose sur des bases essentiellement scientifiques.

On est d'autant plus encouragé à le soumettre au creuset de l'expérimentation clinique que l'innocuité de cette préparation magistrale est absolue. Nous avons le ferme espoir que l'attente de ceux qui voudront en faire l'application ne sera pas déçue et que désormais il est permis de concevoir la consolante pensée que de nombreuses victimes pourront être arrachées au fléau.

Dr THOMAS.

BIBLIOGRAPHIE

TRANSFUSION. — SON HISTOIRE, SES INDICATIONS ET SES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES, par CHAR. EGERTON JENNINGS. — L.-R.-C.-P., Londres.

Ce n'est pas, à proprement parler, un traité de la transfusion que cette monographie de 60 pages; c'est un plaidoyer en faveur d'un nouveau procédé opératoire propre à l'auteur et de l'emploi de solutions salines remplaçant le liquide sanguin transfusé.

Après un court historique de la question, où il rappelle surtout les premières tentatives qui ont été faites et où il passe rapidement sur les procédés modernes, M. Jennings, s'appuyant sur des statistiques personnelles et surtout sur celles du docteur Roussel, s'efforce de démontrer combien la pratique obstétricale aurait à gagner à la vulgarisation de la transfusion.

C'est bien plus dans les hémorrhagies qui suivent l'accouchement, en effet, dans ces anémies vraies, rapides, que cette opération est susceptible de produire un relèvement soudain et complet.

De nombreuses observations citées par l'auteur ne nous montrent malheureusement que beaucoup d'échecs et peu de cas favorables.

C'est que la plupart des procédés en usage ont un côté défectueux, et la transfusion directe, par la complexité de son manuel opératoire, est entourée d'assez de périls menaçant et l'opéré et le « donneur de sang » (*blood giver*) pour faire reculer la plupart des chirurgiens.

Une récente discussion à la Société médicale des hôpitaux, sur des cas de transfusion opérés par le docteur Roussel, a montré combien il faut se défier des statistiques les plus brillantes.

Certes l'efficacité de la transfusion directe n'est plus à discuter, mais en raison des difficultés qui l'entourent on doit, suivant l'auteur, employer dans la plupart des cas la transfusion médiate.

M. Jennings va plus loin : s'appuyant sur ce fait que souvent « le système circulatoire souffre non seulement de la perte de l'élément vivifiant, mais aussi de la simple gêne mécanique tenant à la vacuité des vaisseaux, le cœur et les artères n'ayant plus rien sur quoi se contracter », l'auteur, dirons-nous, préconise l'injection intra-veineuse de *solutions salines*.

Il a plusieurs fois obtenu des résultats satisfaisants avec la solution suivante :

Chlorure de sodium. . . .	3 grammes.
Chlorure de potassium. .	0,18 centigr.
Sulfate de soude.	0,15 —
Carbonate de soude . . .	0,15 —
Phosphate de soude. . .	0,12 —

Faire dissoudre dans 500 grammes d'eau distillée, additionnée de 7 grammes d'alcool absolu.

L'appareil qu'il emploie est un simple siphon avec un tube en caoutchouc muni d'un trocart à robinet, et dont la pointe, ingénieusement recourbée, donne une certaine sécurité quant à la lésion de la paroi opposée de la veine.

Dans quelques circonstances où la transfusion directe est possible, la même solution sodique peut être utilisée pour empêcher la coagulation du sang dans le tube. Pour cela, il suffit d'employer un ajutage double qui permet le mélange des deux liquides avant leur arrivée dans la canule.

Cet appareil offre l'avantage d'une grande simplicité et d'un transport facile.

Quant aux résultats, les cas publiés ne sont pas encore assez nombreux pour faire adopter dès maintenant ce nouveau mode opératoire.

Pour longtemps encore, la transfusion restera une opération délicate sinon dangereuse, qui ne pourra guère être pratiquée que dans les cas extrêmes, et cela avec un luxe de précautions qui en permet difficilement l'emploi hors de l'hôpital.

RAYMOND DURAND-FARDEL.

THÈSES D'AGRÉGATION. — DE L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE (ÉTAT ACTUEL DE LA SCIENCE), par le docteur HENRI BLAISE.

M. Blaise étudie l'influence du père, celle de la mère; il traite des accidents que peut entraîner la syphilis chez le fœtus et chez la femme dans le cours de la grossesse; il consacre de longues pages au traitement.

Lorsqu'il traite de la syphilis par conception, lorsqu'il étudie les cas dans lesquels l'un des deux, fœtus ou mère, peut être syphilitique, l'autre restant indemne de vérole, l'auteur se restreint peut-être trop au domaine de la syphilis; la pathologie générale offre de nombreux exemples identiques. M. Blaise eût accru l'intérêt de ce chapitre en les rapprochant de leurs analogues dans le cadre de la syphilis, et, pour ne citer qu'un exemple, nous eussions voulu trouver ici les traits essentiels de la vaccination fœtale variolique, sur laquelle M. Chambrelent a fait quelques recherches en 1882 (1).

M. Blaise se hâte peut-être trop de conclure lorsqu'il rejette à peu près absolument les cas relatés de syphilis héréditaire tardive. Notre excellent ami et collègue Méricamp (2), dans sa thèse fort estimée, relatait récemment des observations qui semblent probantes; dans l'une d'elles, du reste, le diagnostic *syphilis héréditaire* avait été fait par M. le professeur Fournier (3); enfin notre ami Defontaine semble admettre, avec Méricamp, l'authenticité de ces cas.

(1) *Recherches sur le passage des éléments figurés à travers le placenta, suivies de considérations sur la variole fœtale et la vaccination congénitale* (Oct. Doin, 1882).

(2) *Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires* (Paris, 1882).

(3) *De la syphilis articulaire* (Thèse de Paris, 1883).

Malgré ces quelques lacunes, le travail de M. Blaise résume assez complètement l'état de la question; il contient, certes, des renseignements précieux.

Dr Derignac.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Le choléra. — L'épidémie cholérique semble à peu près stationnaire en Egypte, du moins quant au chiffre total des décès qui, pour la semaine du 5 au 11 juillet inclusivement et pour les principales localités atteintes, s'élève à 1,214.

En effet, si la mortalité a diminué dans certaines villes, faute d'éléments, comme à Damiette par exemple, dont la plupart des habitants se sont enfuis, par contre elle a pris tout à coup des proportions considérables sur d'autres points, tels que Menzaleh et Mansourah surtout, où les décès ont été de 191 en quarante-huit heures.

Du reste, voici les chiffres donnés officiellement pour cette période du 5 au 11 de ce mois pour quelques-unes de ces localités :

	Décès.		Décès
Damiette.....	544	Chirbine....	14
Mansourah....	474	Talka......	7
Samanoud....	91	Alexandrie..	3
Menzaleh......	79	Le Caire.....	2 (?)

En résumé, le total des décès cholériques constatés officiellement s'élèverait jusqu'à présent, d'après le Temps, pour une période de dix-sept jours, à 2,884, et l'épidémie s'étendrait sur une longueur de 65 kilomètres carrés et une largeur de 30, sans compter Port-Saïd, où depuis huit jours aucun cas n'a été constaté, et Mansourah serait la localité la plus gravement atteinte en ce moment.

Grâce aux mesures sévères prises sur tout le littoral, la France a été préservée jusqu'à ce jour de toute contagion, et les deux cas signalés ces jours derniers au Hâvre et à Paris ont été formellement démentis.

En terminant, nous apprenons que M. Pasteur vient d'offrir au gouvernement français d'organiser une mission pour aller étudier le choléra en Egypte; le comité consultatif d'hygiène a émis un avis favorable à cette proposition. La mission serait composée, dit-on, de MM. Rouy et Thuillier, attachés au laboratoire de M. Pasteur; Straus, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et Nolacq, d'Alfort.

***

Faculté de médecine de Paris. — Le concours de prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Poirier et Michaux.

***

Concours de l'agrégation. — Les questions suivantes ont été données aux candidats de la section d'anatomie et physiologie pour l'épreuve d'une heure après vingt-quatre heures de préparation :

1. M. Reynier. — Structure de la peau, sécrétions cutanées.
2. M. Variot. — Cavités droites du cœur, circulation intra-cardiaque.
3. M. Sadler. — Du tissu érectile chez l'homme et chez la femme.
4. M. René. — Cavité thoracique, phénomènes mécaniques de la respiration.
5. M. Demon. — Voies spermatiques, spermatogenèse.
6. M. Debierre. — Méninges, liquide encéphalo-rachidien.
7. M. Quenu. — Muscles moteurs du globe de l'œil, aponévrose orbitaire.
8. M. Imbert. — L'ovaire et la fécondation.
9. M. Planteau. — De la circulation pendant la grossesse et les premiers mois qui suivent la délivrance.
10. M. Wertheimer. — Les sphincters (anatomie et physiologie).

— Voici l'ordre dans lequel les candidats de la section de physique et chimique soutiennent leurs thèses :

Nos d'ordre	Candidats.	Argumentateurs.
1.	MM. Pouchet.	MM. Ville et Linossier.
2.	Imbert.	Bagnéris et Bergonié.
3.	Bagnéris.	Guilbard et Doumer.
4.	Linosssier.	Blarez et Ville.
5.	Ville.	Pouchet et Blarez.
6.	Guilhard.	Bergonié et Imbert.
7.	Bergonié.	Doumer et Bagnéris.
8.	Blarez.	Linossier et Pouchet.
9.	Doumer.	Imbert et Guilhard.

***

Concours des bourses du doctorat en médecine. — Ce concours s'ouvrira, le 27 juillet 1883, au siége des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie. Les candidats devront s'inscrire au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le 25 juillet, à quatre heures.

***

Service du traitement médical a domicile. — Le dimanche 22 juillet 1883, un scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures pour l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile dans le dix-huitième arrondissement. Cette élection aura lieu dans l'une des salles de la mairie.

***

Concours du Bureau central. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Letulle et Chauffard comme médecins du Bureau central.

***

Concours de Berck-sur-Mer. — MM. Lancry et Méneault viennent d'être nommés internes en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer, à la suite du concours ouvert par l'Administration générale de l'Assistance publique.

***

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours pour la nomination à une place de professeur suppléant de clinique et de pathologie interne s'ouvrira le 9 novembre 1883. Les candidats devront s'inscrire un mois au moins avant l'ouverture dudit concours.

— M. le docteur Lachaize, suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, est nommé, pour une période de dix ans, chef des travaux anatomiques à ladite école.

***

Ecole de médecine de Reims. — L'ouverture du concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, qui avait été fixée au 1er décembre 1883, est ajournée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1882-1883.

196. M. Papillian. Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'œil chez les enfants. — 197. M. Chapuis. La fièvre typhoïde et les bains froids à Lyon. Etude générale de la méthode de Brand. — 198. M. Porquet. Des présentations du tronc. — 199. M. Gérente. Le délire chronique, étude clinique. — 200. M. Cochet. Des injections hypodermiques. — 201. M. Bardet. Contribution à l'étude des abcès des trompes utérines. — 202. M. Pillet. Contribution à l'étude de la symphyse. — 203. M. Mathelin. Quelques observations

de pneumonies traitées par les saignées coup sur coup. — 204. M. Cornil. Etude sur l'évonymin. — 205. M. Buret. Du diagnostic de l'ectopie rénale. — 206. M. Baril. Souvenirs d'une expédition militaire au Sénégal pendant l'épidémie de fièvre jaune de 1878 à bord du *Travailleur*. — 207. M. Martin. Essai sur le traitement de l'otite moyenne suppurée. — 208. M. Brochard. Considérations sur les onyxis diathésiques et en particulier l'onyxis congénital et héréditaire au point de vue du traitement. — 209. M. Depierris. Essai sur l'embryotomie dans les présentations du tronc. — 210. M. Collinet. Considérations sur le tubercule des organes génito-urinaires chez l'homme. — 211. M. Trousseau. De l'élongation du nerf nasal externe dans le traitement du glaucome. — 212. M. David. Essai sur les altérations fonctionnelles et organiques de l'appareil de la vision survenant sous l'influence combinée de l'alcool et du tabac. — 213. M. Lemaigre. Etude sur une variété d'exanthème survenant dans le cours de la fièvre typhoïde.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 29 JUIN AU JEUDI 5 JUILLET 1883.

Fièvre typhoïde 64. — Variole 10. — Rougeole 33. — Scarlatine 4. — Coqueluche 22. — Diphtérie, croup 26. — Dysenterie 1. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 50. — Phthisie pulmonaire 169. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 73. — Malformation et débilité des âges extrêmes 48. — Bronchite aiguë 20. — Pneumonie 63. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 57, — au sein et mixte 29. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 86. — de l'appareil circulatoire 50. — de l'appareil respiratoire 68. — de l'appareil digestif 51 — de l'appareil génito-urinaire 19. — de la peau et du tissu lamineux 8. — des os, articulations et muscles 11. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 23. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 1074 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LA PRÉSENTATION DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE, MODE DES FESSES, c'est-à-dire avec relèvement des membres inférieurs sur le plan antérieur du fœtus, par le docteur Olivier, ancien interne des hôpitaux, etc. Un vol. in-8 avec 8 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

LE RÔLE DES MÈRES DANS LES MALADIES DES ENFANTS, ou ce qu'elles doivent savoir avant de demander le médecin, par le professeur B. Fonssagrives. Un vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

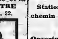
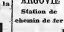
LE CHOLÉRA ET LA FIÈVRE TYPHOÏDE, moyens pratiques de s'en préserver, par le docteur Fournol. Un vol. in-18. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

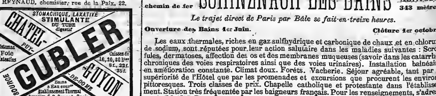
FORMULAIRE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES, par le docteur F. Mallez. Un vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

DE L'ANESTHÉSIE PAR LE PROTOXYDE D'AZOTE AVEC OU SANS TENSION, suivie d'une note sur la germination en présence du protoxyde d'azote sans pression, par le docteur Martin. In-8. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris



54e année. 6e série. Tome V. N° 29 21 JUILLET 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 19 juillet 1883.

Académie de médecine. — DES RELATIONS DU LATHYRISME MÉDULLAIRE SPASMODIQUE AVEC LA FORME PARALYTIQUE DU BÉRIBÉRI.

M. Le Roy de Méricourt a tenu à justifier l'opinion qu'il avait émise dans l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine, au sujet de la ressemblance qu'il trouvait, au point de vue clinique, entre l'épidémie de lathyrisme observée récemment dans le Djurdjura et la forme paralytique du béribéri. Il a produit à l'appui de sa thèse des citations probantes, empruntées aux meilleures descriptions que nous ont données du béribéri les médecins du Brésil et des Indes anglaises. L'analogie entre les deux syndromes, — accidents attribués au lathyrisme et forme paralytique du béribéri, — est grande, nous l'avons fait voir nous-mêmes en nous inspirant des travaux les plus récents consacrés à l'étude de la forme japonaise du béribéri. Mais poursuivre une identification complète entre les deux états morbides, comme l'a fait M. Le Roy de Méricourt, c'est aller peut-être un peu trop loin. A côté d'analogies frappantes, on relève entre les deux syndromes en question des dissemblances non moins manifestes ; sans vouloir entrer dans les détails du parallèle, nous nous bornerons à signaler la différence d'évolution des troubles nervo-musculaires, qui dans le béribéri semblent débuter à la périphérie et remonter des nerfs vers la moelle, tandis que chez les Kabyles observés par MM. Bouchard et Proust les symptômes cliniques témoignaient clairement en faveur d'une myélite transverse comme lésion du début, avec dégénérescence secondaire descendante. M. Le Roy de Méricourt a mentionné, il est vrai, l'existence d'une pachyméningite cervicale, avec hématomes microscopiques et sclérose corticale descendante, constatée par M. Treille, médecin de marine, à l'autopsie d'un Annamite qui avait succombé au béribéri. Mais est-ce bien là une lésion propre au béribéri, maladie susceptible de guérir spontanément et d'une façon radicale, sans laisser de traces, et ne s'agit-il pas d'une simple coïncidence ? Nous avons mentionné d'ailleurs les résultats de six nécropsies pratiquées sur des Japonais qui étaient morts des suites du *kak-ke*. Dans les six cas, on trouva les traces d'une névrite interstitielle ascendante, la moelle étant intacte ou n'offrant que des lésions cadavériques. Ce point d'anatomie pathologique ne tardera pas à être élucidé, maintenant que la technique histologique se vulgarise de plus en plus. L'intéressant serait d'être fixé d'une façon certaine sur la véritable cause de ces accidents qui éclatent dans certaines contrées sous forme d'épidémies et affectent une ressemblance si curieuse avec certaines des affections du système nerveux que nous observons à l'état sporadique sous nos climats, et dont l'étiologie nous échappe également. A cet égard, la discussion qui s'est produite à l'Académie ne nous a pas fourni de grands éclaircissements.

E. R.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

INDICATIONS DE LA TAILLE ; APPRÉCIATION ET CHOIX DES MÉTHODES ET DES PROCÉDÉS, par M. G. BOUILLY, professeur agrégé, etc.

Suite. — Voir les numéros 26, 27 et 28.

Quelles sont les indications de la taille et quand cette opération est reconnue nécessaire, quelle méthode, quel procédé devra-t-on adopter ?

Les indications de la taille sont devenues notablement plus rares depuis l'introduction dans la pratique courante de la lithotritie et surtout de la lithotritie *rapide* ou *litholapaxie* (Bigelow) ou lithotritie *à séances prolongées* (Guyon). On peut dire aujourd'hui que dans le traitement des calculs vésicaux, la taille doit être une méthode d'exception ; qu'entre des mains habiles, elle doit le plus souvent céder le pas à la lithotritie nouvelle, que celle-ci remplit une grande partie des indications de la taille périnéale et qu'aujourd'hui la taille ne vit plus que des contre-indications de la litholapaxie.

On sait en quoi diffère cette lithotritie *rapide* de la lithotritie à séances répétées : sous le sommeil chloroformique, à l'aide d'instruments puissants, avec un nombre de prises aussi considérable qu'il est nécessaire, elle obtient le broiement complet, la pulvérisation du calcul en fragments assez ténus pour permettre leur évacuation immédiate soit par aspiration, soit par lavages répétés.

Imaginée par Bigelow (1878), adoptée par Thompson, Guyon et par la généralité des chirurgiens, cette heureuse modification de l'ancienne lithotritie réalise un des plus grands progrès de la thérapeutique urinaire. Applicable, à part de très rares exceptions, à tous les malades qui auraient pu supporter l'ancienne lithotritie, elle rend possible cette méthode de traitement des calculs dans des cas qui jusqu'alors ne semblaient être justiciables que de la taille Nombre d'arguments qui récemment encore pouvaient être invoqués en faveur de cette opération ont perdu de leur valeur et ne sauraient plus tenir devant les résultats acquis.

Depuis l'introduction de la lithotritie dans la pratique (1824),

les indications de la taille étaient surtout tirées de l'âge du sujet, de son état général, de l'état des organes urinaires, du volume et de la nature du calcul; c'est encore dans l'examen raisonné de ces conditions que doivent se trouver les indications de l'une ou de l'autre opération; mais nous verrons, chemin faisant, que certaines contre-indications à la lithotritie ancienne qui commandaient la taille n'existent plus pour la lithotritie à séances prolongées ou lithotritie rapide.

Je dois placer ici, avant toute discussion des indications opératoires, une remarque générale des plus importantes ayant trait à l'opérateur. La lithotritie ordinaire et surtout la lithotritie nouvelle ne sont pas des opérations qui peuvent s'improviser ni s'apprendre en une seule fois; leurs manœuvres sont d'une extrême délicatesse et demandent une habileté qui est le fruit de l'habitude. Exécutées par une main inexpérimentée, elles peuvent être cause des accidents les plus graves et des dangers les plus considérables; pour se passer dans la profondeur et hors de la vue, les lésions n'en peuvent pas moins entraîner la mort à bref délai. Or, si la taille avec ses difficultés et ses dangers paraît une intervention plus importante, il n'en est pas moins vrai que pour des mains moins exercées, elle reste une opération plus abordable que la litholapaxie; elle appartient davantage au domaine de tous les chirurgiens, et en dépit de quelques incorrections elle fera courir moins de risques au malade qu'une lithotritie mal conduite. Comme l'a dit excellemment M. Desnos, si le domaine de la lithotritie s'est étendu pour le malade, il n'en est pas de même pour le chirurgien: « Ce n'est pas impunément qu'on peut manœuvrer si longtemps dans une vessie, à moins de s'être longtemps exercé à ce manuel opératoire. » Ce que la lithotritie a gagné en étendue d'indications, elle l'a peut-être perdu en facilité d'exécution.

Age. — L'enfance constitue une condition favorable à la taille; Thompson et Holmes tendent à en faire la méthode générale au-dessous de seize ans. Le petit volume de la prostate, du bulbe et des plexus veineux sont des conditions de succès. Dans la période de six à onze ans, les statistiques ne donnent qu'une faible mortalité de 4 à 5 pour 100. Néanmoins, on ne peut plus dire que l'enfance peut être regardée comme une contre-indication à la lithotritie (Le Fort). Quand il était nécessaire de répéter les séances huit, dix ou quinze fois, bien des éléments entraient en effet en ligne de compte pour faire rejeter cette opération : l'indocilité du petit malade rendant difficile l'introduction et les manœuvres des instruments, l'irritabilité considérable du corps et du col de la vessie contractée sur le calcul et s'opposant à toute injection, exaspérée par l'introduction fréquente des lithotriteurs, la facilité de l'engagement des calculs dans l'urèthre favorisée par la contraction spasmodique de la vessie, l'absence de prostate, la large embouchure de l'urèthre, étaient autant de conditions défavorables à la lithotritie. Tous les chirurgiens avaient eu cependant recours à ce moyen avec des chances variables et avaient tenté de formuler les indications de cette méthode en se basant principalement sur l'âge du sujet. Avec la lithotritie rapide, les choses doivent être envisagées d'une tout autre façon : l'indocilité du sujet, les spasmes vésicaux, ne doivent plus compter, grâce au chloroforme; l'engagement des calculs est prévenu par leur pulvérisation complète et leur évacuation immédiate. Guyon (*in* Th. de Desnos) a broyé et évacué en une séance, avec succès, chez un enfant de quatre ans, un calcul de 2 centimètres de diamètre, pesant 8 grammes.

Néanmoins, on peut dire qu'au-dessous de cinq ans, la taille reste la méthode de choix, à cause de la difficulté d'obtenir par la lithotritie le broiement complet dans les vessies d'enfants dont les parois, souvent flasques et dépressibles, font que le calcul échappe.

Jusqu'à dix à douze ans, on s'adressera à la lithotritie rapide, si le calcul est petit et friable, et on fera la taille s'il dépasse 2 centimètres à 2 centimètres 1/2. Au delà de quatorze ans, l'enfance présente les mêmes indications que l'âge adulte. On peut donc être beaucoup moins systématique que Thomson et Holmes, pour qui, jusqu'à quinze ans, il n'existe pas de méthode plus sûre et plus efficace que la taille latérale pour délivrer les calculeux.

La mortalité après la taille augmente avec l'âge. Sur 1,104 cas de taille pratiquée en Angleterre, la mortalité de 1 à 5 ans a été de 1 : 14; de 6 à 11 ans, de 1 : 23; de 12 à 16 ans, de 1 : 9; de 17 à 20 ans, de 1 : 7. Sur 723 opérés, de 21 à 81 ans, il y eut 150 morts ou 1 : 5 environ. Les indications de la taille doivent donc se tirer de l'âge des sujets chez qui elle devient plus grave à mesure des progrès de l'âge; sur 800 opérations pratiquées chez l'adulte par Thompson, 422 lithotrities donnent 32 morts ou seulement 7,6 0/0, tandis que 78 tailles comptent 29 morts ou 37,2 0/0.

Au-dessus de 70 ans, à moins de contre-indications spéciales, la lithotritie rapide doit donc être la méthode de choix; elle prévient le séjour prolongé au lit et l'affaiblissement qui en est la conséquence et elle a donné de très beaux résultats; Guyon a opéré avec succès par cette méthode des malades de 82 ans et de 84 ans et la statistique indique qu'au-dessus de 70 ans 37 calculeux ont guéri par la lithotritie rapide (Desnos).

Etat général; état des organes urinaires. — Si l'on est en présence d'un état cachectique avancé lié ou non à la cystite ou à la néphrite calculeuse, il est évident que la taille et la lithotritie sont tout aussi contre-indiquées l'une que l'autre. S'il s'agit d'individus affaiblis, épuisés, sans lésions de l'appareil urinaire, la lithotritie devra être préférée (Thompson), et surtout la lithotritie rapide dans laquelle le traumatisme est peu considérable et n'est pas répété. La taille avec sa perte indispensable de sang, avec la suppuration plus ou moins prolongée, avec les hémorrhagies secondaires possibles, avec la facilité des escharifications sacrées, ne donnerait que peu de chances de succès.

Le plus souvent, chez les calculeux, l'état général est trop intimement lié au fonctionnement de la vessie et des reins pour que l'état de ces organes n'entre pas d'abord en ligne de compte. Envisagées à ce point de vue, les indications de la lithotritie étaient encore très restreintes jusque dans ces dernières années et la préférence était donnée à la taille. Si les lésions vésicales ou rénales ne contre-indiquent pas toute opération, si dans ces cas on croit pouvoir opérer, dit L. Le Fort, c'est à la taille et non à la lithotritie qu'on devra avoir recours; car l'introduction répétée des instruments lithotriteurs pourra exaspérer les accidents locaux plus que ne le ferait la taille. L'apparition fréquente d'accès de fièvre survenant après un cathétérisme explorateur, une trop grande susceptibilité de l'organisme, engageront encore à recourir à la taille plutôt qu'à la lithotritie (Le Fort). Cette opinion a pu être notablement modifiée, mais les faits ne peuvent être catalogués en bloc et doivent être soigneusement distingués.

Parmi les lésions urinaires, en effet, les unes sont faciles à reconnaître, comme la cystite; les autres, au contraire, comme

les altérations rénales, ne penvent sonvent n'être qne sonpçonnées, et cependant ce sont ces dernières qui créent les plns grands dangers au moment de l'intervention.

(A suivre.)

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

De l'aphasie et de ses différentes formes.

Dans un précédent article (V. le n° du 16 juin dernier), nous avons analysé un fait remarquable de cécité verbale, observé dans le service de M. Charcot, et exposé brièvement les considérations d'anatomie et de physiologie pathologiqnes qn'il a inspirées au savant professeur. Par une de ces coïncidences heureuses que les hommes d'initiative ont le secret talent de faire naître, M. Charcot a pu suivre concurremment deux autres malades présentant des formes simples, isolées d'aphasie, et cela lui a permis de développer devant ses élèves, au sujet de ce syndrome, des idées neuves, des aperçus d'un haut intérêt.

Le premier malade a offert un exemple très net d'aphasie motrice ou logoplégie. Il s'agit d'un homme âgé de 49 ans, dont la mère, vers l'âge de 50 ans, a été atteinte aussi d'hémiplégie droite avec aphasie. L'influence héréditaire est, en passant, boune à signaler. Cet homme ne présente aucun antécédent morbide personnel, sanf quelques troubles cardiaques pour lesquels on lui aurait prescrit la digitale.

Le 6 novembre 1882, il est frappé d'apoplexie pendant son sommeil. En se réveillant, il s'aperçoit qu'il est paralysé du côté droit. L'hémiplégie est complète : déviation de la bouche à gauche, de la langue à droite, inertie des deux membres du côté droit. Puis la paralysie s'atténue, le membre inférieur reprend assez bien ses fonctions, la face ne présente rien de bien appréciable, mais le membre supérieur demeure impotent, contracturé, il offre une exagération des réflexes tendineux ; enfin le malade reste aphasique ; il ne peut prononcer aucun autre mot que « *pan, pan* ».

Ici l'aphasie motrice ou logoplégie est isolée de toute complication : pas de surdité verbale, puisque le malade comprend parfaitement tout ce qu'on lui dit et exécute immédiatement les ordres qu'on lui donne ; — pas de cécité verbale, car il exécute non moins promptement les ordres écrits et lit avec une grande rapidité ; — pas d'agraphie, puisqu'il écrit correctement de la main gauche. L'intelligence semble d'ailleurs à peu près intacte ; la mémoire est conservée ; le malade corrige les devoirs de ses enfants et s'occupe de ses affaires de commerce.

Quel est, dans ce cas, le siège de la lésion ?

Avant de résoudre cette question, M. Charcot rappelle certaines notions anatomiques. Il distingue, dans la substance blanche sous-jacente à l'écorce grise de la circonvolution de Broca, trois ordres de fibres conductrices : 1° des fibres motrices se rendant aux muscles qui exécutent les mouvements nécessaires à l'articulation des mots ; 2° des fibres d'association se rendant aux circonvolntions voisines ; 3° des fibres commissurales traversant le centre ovale et allant se terminer dans la troisième circonvolution frontale du côté droit.

D'autre part, si la troisième circonvolution frontale tout entière est sous la dépendance de l'artère sylvienne, il importe de savoir que les branches destinées à la couche corticale et celles qui se rendent à la conche sons-corticale forment deux gronpes parfaitement distincts. Les premières émanent de la sylvienne an niveau de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando ; les secondes sont fournies par les artères lenticulo-striées. Les deux groupes on systèmes ne s'anastomosent pas entre eux. Une lésion pent donc intéresser isolément la conche corticale on la couche sons-corticale.

Ces dispositions anatomiqnes ont servi de base à quelqnes hypothèses pour expliquer certains faits cliniques. Par exemple, d'après M. Broadbent, les aphasies par lésion sous-corticale guériraient plus souvent que les aphasies par lésion corticale, et il en donne la raison suivante : dans les faits du premier genre, l'aphasie est dne à l'interruption des communications entre l'écorce cérébrale et les muscles du langage ; mais, par l'intermédiaire des fibres commissurales allant d'un hémisphère à l'autre, les éléments cellulaires de l'écorce de la troisième circonvolution frontale gauche transmettent aux éléments similaires de la troisième circonvolution frontale droite des ordres que ceux-ci penvent exécnter par la mise en activité de leurs fibres motrices restées intactes. On comprend assez bien cette sorte de snppléance, mais il paraît difficile de fonder sur elle une distinction entre les aphasies corticales et les aphasies sous-corticales ; celles-ci, en effet, se montrent assez souvent tout aussi incurables que les premières.

La différence établie par M. Magnan entre les deux modes d'aphasie paraît un peu mieux fondée. Dans l'aphasie corticale, l'appareil psycho-moteur étant détruit, il y a amnésie verbale ; nul lien n'existe plus entre le mot et l'idée qu'il exprime ou qu'il réveille. Dans l'aphasie sous-corticale, le malade a conservé son intelligence, le souvenir des mots et de leurs relations avec les idées, mais les faisceaux conducteurs qui transmettent les ordres aux muscles du langage sont détruits, et il ne peut exprimer ce qu'il conçoit, ce qu'il sent ; ici il y a simplement logoplégie.

La théorie de M. Magnan est fort séduisante ; malheureusement elle est contredite par certains faits, entre autres par une observation de Rosenstein dans laquelle, chez un aphasique monosyllabique ayant parfaitement recouvré la mémoire des mots, l'autopsie a montré un ramollissement rouge nettement limité au pied de la troisième circonvolution frontale gauche.

Pour M. Charcot, ce qui différencie surtout les deux ordres d'aphasie, c'est que généralement une lésion corticale se complique d'autres lésions ou troubles du langage, cécité verbale, agraphie, surdité des mots, tandis que dans les lésions sous-corticales la logoplégie reste simple, isolée.

Cela dit, le malade dont l'histoire est résumée plus haut doit être atteint d'une lésion sous-corticale. L'existence d'une affection cardiaque pourrait faire snpposer nn ramollissement ; mais l'antécédent héréditaire que nous avons signalé porte plutôt à admettre une hémorrhagie. Depuis six mois qne dure l'aphasie on n'a observé aucune amélioration ; la théorie de M. Broadbent est donc ici en défaut. Il est probable que la lésion est irrémédiable et que le malade restera indéfiniment logoplégique. A ce point de vue, le pronostic est grave.

— Le second malade de M. Charcot a présenté un cas vraiment remarquable d'agraphie isolée. C'était un Russe, fort, vigonreux, occupant un grade élevé dans l'armée. Antécédents héréditaires nuls. De vingt à quarante ans, il a été sujet à des accès de migraine ophthalmique qui ne se sont jamais accom-

pagnés d'aphasie ni d'hémiopie transitoires. Au moment des accès, le malade ressentait une violente douleur sus-orbitaire gauche, éprouvait dans l'œil droit les sensations du scotome scintillant, sa vue s'obscurcissait, mais d'une manière générale, aussi bien d'un côté que de l'autre, il y avait de l'amblyopie passagère.

Vers l'âge de quarante ans, la migraine disparaît. Douze ans plus tard, au mois d'août 1882, après une longue promenade, notre Russe rentre chez lui, veut écrire, et s'aperçoit qu'il a beaucoup de peine à tenir la plume. La parésie atteint tous les doigts, mais porte principalement sur le pouce et l'index; la flexion du poignet est gênée; les mouvements d'extension s'exécutent plus facilement. En somme, monoparésie de la main et du poignet droits.

Au mois de janvier 1883, le malade rencontre un jour dans un salon une personne qui lui adresse la parole en français (outre le russe, il parlait couramment le français et l'allemand); il s'aperçoit qu'il lui est impossible de répondre en français. On lui fait une autre question en allemand; il ne peut pas davantage répondre dans cette langue. Il comprend d'ailleurs ce qu'on lui a demandé, et répond en russe. L'amnésie verbale dont il est atteint ne porte donc que sur les deux langues étrangères; il conserve le vocabulaire de sa langue maternelle. Ce fait montre la dissociation de la mémoire des langues.

Quelque temps après, le malade, qui écrivait toujours avec quelque difficulté de la main parésiée, s'aperçoit, sans que la parésie ait augmenté, qu'il lui est impossible d'écrire un seul mot, aussi bien en russe qu'en français ou en allemand. L'amnésie verbale ne portait que sur deux langues, l'agraphie s'étend à toutes les trois.

Quand le malade se présente à M. Charcot, l'amnésie verbale s'est sensiblement améliorée, et c'est en excellent français qu'il raconte son histoire d'une façon très nette et très précise. La commissure labiale droite est un peu abaissée; la langue n'offre aucune déviation et est entièrement libre dans ses mouvements. La narine droite est plus étroite que la gauche. Aucun trouble de la sensibilité, du goût, de l'ouïe, ni de l'odorat. L'œil droit (siège du scotome) présente un rétrécissement du champ visuel du côté externe ou temporal. Rien dans l'œil gauche. La parésie du membre supérieur droit est limitée au poignet et à la main; elle atteint à la fois la motilité et la sensibilité. Différentes expériences montrent que le malade a perdu le sens musculaire, fait très fréquent dans les paralysies d'origine corticale.

En résumé, au moment où nous prenons le malade, l'amnésie verbale a disparu, la monoparésie de la main droite persiste au degré qui lui permettait naguère d'écrire; il n'y a ni cécité ni surdité des mots, ni logoplégie; l'agraphie seule existe à l'exclusion de tout autre trouble du langage.

Cette agraphie n'est pas absolue; elle bénéficie du concours des autres centres fonctionnels du langage, par exemple du centre auditif et du centre visuel. Ainsi, quand on dicte un mot au malade, il l'écrit; il le reproduit également quand on le lui présente écrit en écriture cursive; mais, abandonné à lui-même, il ne peut, de son initiative propre, écrire ce mot.

On a vu plus haut que l'amnésie verbale, quand elle s'est produite, portait sur le français et l'allemand, non sur le russe; de même pour l'agraphie: à certains moments le malade ne peut écrire en français le mot qu'il écrit parfaitement en russe. Le degré de cette agraphie varie du reste d'un jour à l'autre, offrant, comme certaines logoplégies, des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Le malade, cependant, entrait dans une bonne phase; il avait pu écrire à M. Charcot une lettre relativement longue; il se disposait à repartir pour son pays et, la veille de son départ, il avait offert un dîner d'adieu à ses amis. Une demi-heure après être rentré, il pousse un cri; on accourt et on le trouve dans le coma. Quelques instants plus tard, il était mort, succombant probablement à une lésion vasculaire dans le domaine de la sylvienne.

Si l'on remonte aux premiers phénomènes offerts par ce malade, on trouve une migraine ophthalmique qui, suivant la théorie de Latham rappelée dans notre précédent article, aurait entraîné, sous l'influence de spasmes répétés, des altérations organiques dans certaines branches de l'artère sylvienne. De là gêne de la circulation dans les centres moteurs de la face et du bras droit et parésie des muscles de ces régions. La physiologie pathologique de l'agraphie a été la même; le centre des mouvements de l'écriture a été atteint comme le centre des mouvements de la face, comme celui du membre supérieur droit. Mais où siége ce centre des mouvements de l'écriture? On est autorisé, d'après quelques faits, à le placer au pied de la deuxième circonvolution frontale gauche, au-devant du centre des mouvements du membre supérieur. C'est là encore, a eu soin d'ajouter M. Charcot, une simple hypothèse qui a besoin d'être confirmée par de nouvelles recherches.

(A suivre.)

Dr F. de Ranse.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 juin 1883. — Présidence de M. Blanchard.

Sur l'action des mélanges d'air et de vapeur de chloroforme, et sur un nouveau procédé d'anesthésie. Note de M. Paul Bert.

J'ai recherché l'action sur le chien de mélanges dosés de vapeurs de chloroforme et d'air, respirés d'une manière continue et indéfinie.

Mes expériences ont été faites à l'aide de l'appareil décrit par le docteur Saint-Martin dans la séance du 18 décembre 1882. Cet appareil, composé de deux gazomètres qui agissent alternativement, est des plus commodes à employer, et il est appelé à rendre les plus grands services dans toutes les questions relatives à la respiration.

Si l'on fait respirer à un chien un mélange de 4 gr. de chloroforme vaporisés dans 100 litres d'air, l'animal reste sensible pendant toute la durée de l'expérience, que j'ai prolongée, dans un cas, jusqu'à neuf heures et demie. Sa température rectale s'était alors abaissée à 35o.

Avec 6 gr. pour 100 litres d'air (ce que j'appelle abréviativement 6 p. 100), la mort est survenue après sept heures environ, avec une température de 31o. La sensibilité a persisté tout le temps, bien qu'affaiblie, surtout dans les dernières heures, quand l'animal était très refroidi.

Avec 8 pour 100, on finit par obtenir l'insensibilité de la peau et même de la cornée; mais elle ne survient que très lentement, après une phase d'agitation. La mort a lieu au bout de six heures, la température s'étant abaissée jusqu'à 30o.

Avec 10 p. 100, la scène change; l'insensibilité apparaît en quel-

ques minutes. Le sommeil est absolument calme, et la mort arrive au bout de deux heures à deux heures et demie, sans aucune convulsion. La température est alors de 35° à 33°.

Avec 12 pour 100, insensibilité encore plus rapide, sans réaction aucune. Mort en une heure un quart en moyenne; température, 35°.

Avec 14 et 16 pour 100, mort en trois quarts d'heure; température, 38°.

Avec 18 et 20 pour 100, mort en une demi-heure.

Avec 30 pour 100, mort en quelques minutes.

Dans toutes ces expériences, l'animal avait été trachéotomisé. Le chloroforme était parfaitement pur.

J'appelle particulièrement l'attention sur les faits suivants :

A. Que la mort soit survenue lentement ou rapidement, toujours le cœur a continué à battre après la cessation des mouvements respiratoires : il n'y a jamais eu de syncope cardiaque.

B. Même après une anesthésie de plusieurs heures, il ne passe pas de chloroforme dans l'urine.

C. Avec des doses très faibles, on peut faire circuler dans les poumons une quantité énorme de chloroforme sans obtenir d'autre phénomène objectif que l'abaissement de la température.

D. Avec des doses un peu plus fortes, on amène une mort lente avec un grand abaissement de température; mais la sensibilité persiste.

Ainsi, à ces doses, le chloroforme n'agit que sur les actes nutritifs, probablement en engourdissant tous les éléments anatomiques, comme il endort la cellule de bière, d'après les expériences de Claude Bernard.

E. Avec des doses plus fortes, alors que l'insensibilité se manifeste nettement, la mort est toujours la conséquence de la respiration *continue* des mélanges chloroformés.

Plus ces mélanges sont riches en chloroforme, plus la mort est rapide, et moins la température de l'animal baisse.

L'emploi des mélanges titrés de vapeurs de chloroforme et d'air va permettre de résoudre quantité de problèmes importants relatifs à l'action de cette anesthésie.

Dès aujourd'hui, je veux faire part à l'Académie d'une application pratique des faits rapportés plus haut, application qui me paraît mériter d'attirer l'attention des chirurgiens.

Je fais respirer à un chien un mélange de chloroforme et d'air à 12 pour 100. Au bout de quelques minutes, quand il est bien endormi, je lui donne le mélange à 8 pour 100. Or ce mélange qui, s'il avait été employé d'emblée, n'aurait anesthésié l'animal que très lentement et après une grande agitation, suffit pour continuer l'action de celui-ci à 12 pour 100. Et comme il n'est mortel par lui-même qu'au bout d'un long temps, j'ai pu conserver ainsi des animaux parfaitement anesthésiés pendant plus de trois heures, sans aucun péril pour leur vie, sans aucun trouble notable de la respiration et de la circulation : la température seule avait baissé.

Voilà donc un procédé bien simple, qui ne nécessite que l'emploi de deux sacs de caoutchouc ou de deux gazomètres, et dont je me permets de recommander l'emploi aux chirurgiens. Il faudrait d'abord, bien entendu, déterminer par des tâtonnements le titre des mélanges dont l'action correspondrait sur l'homme à ce que font 8 et 12 pour 100 sur le chien.

Il n'est pas inutile de faire observer que ce procédé a les plus grandes analogies avec le procédé chirurgical dit de la *sidération*, qui consiste à endormir brusquement le patient avec une grande quantité de chloroforme, pour l'entretenir ensuite dans l'état d'insensibilité avec de très faibles doses

Mais l'emploi des mélanges titrés aurait l'avantage de réduire en règles précises une pratique dont la réussite dépend aujourd'hui tout entière de l'habileté du chirurgien.

Je fais remarquer en terminant que, si ce procédé paraît devoir mettre à l'abri de tout danger, il ne peut faire disparaître des inconvénients inhérents au chloroforme lui-même. Les animaux ainsi anesthésiés sont, quand ils se réveillent, en proie aux malaises habituels. La supériorité du protoxyde d'azote sur tous les autres anesthésiques se maintient toujours.

Séance du 2 juillet 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE DOSAGE DE L'URÉE.

Note de M. L. HUGONNENQ, présentée par M. Wurtz.

Sans effectuer toute la série des opérations indiquées par M. Bunsen, il est possible de doser l'urée dans l'urine en titrant alcalimétriquement le carbonate d'ammoniaque obtenu, quand on chauffe en vase clos au-dessus de 140° une solution aqueuse d'urée.

Il suffit de filtrer l'urine sur du noir animal, de l'étendre d'eau et de la porter en tube scellé à une température suffisamment élevée.

Il ne reste plus qu'à titrer le carbonate d'ammoniaque formé, en substituant au tournesol la couleur d'aniline, désignée par le commerce sous le nom d'*orange* n° 3.

Les nombres qui suivent sont les résultats fournis par le dosage de l'urée dans quatre urines différentes :

Dosage par l'hypobromite, par litre.	Méthode alcalimétrique.	Procédé de Liebig.
19,4..................	20,6	25,0
11,3..................	12,0	16,5
32,4..................	32,7	34,5
12,7..................	13,0	16,7

Le procédé alcalimétrique est applicable aux urines albumineuses, si l'on a soin de coaguler préalablement l'albumine par la chaleur.

Il n'en est pas de même pour les urines qui contiennent du glucose ou de la magnésie en quantités notables.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet 1883. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance non officielle comprend : un mémoire de M. le docteur Luc, médecin-major à Grenoble, intitulé : *Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde.*

— M. DECROIX, vétérinaire, lit un travail sur la dégénérescence de la population en France, laquelle reconnaîtrait pour cause l'alcoolisme et l'usage du tabac ou nicotisme.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Lannelongue; en deuxième ligne, M. Le Dentu; en troisième ligne, M. Terrier; en quatrième ligne, M. Périer; en cinquième ligne, M. de Saint-Germain; en sixième ligne, M. Péan.

Le nombre des votants étant de 82, majorité 42, M. Lannelongue obtient 54 suffrages, M. Péan 23, M. Terrier 1; un bulletin blanc.

En conséquence, M. Lannelongue est proclamé membre de l'Académie.

— DISCUSSION SUR LE LATHYRISME. — M. LE ROY DE MÉRICOURT rappelle que, dans l'avant-dernière séance, il a rapproché, des symptômes attribués par M. Proust à l'usage du lathyrus, une maladie désignée sous le nom de *béribéri*, commune dans les colonies, et qui présente des symptômes analogues. La ressemblance est si frappante qu'elle a déjà été signalée par plusieurs des orateurs qui se sont occupés de l'étude du béribéri, entre autres par le docteur Irwing. M. Le Roy de Méricourt montre que, d'ailleurs, les effets dangereux du lathyrus étaient déjà connus dès le XVII° siècle, mais que la paralysie des extrémités inférieures chez ceux qui font usage des graines de cette plante, n'apparaît générale-

ment, comme dans le bériberi, qu'à la suite d'un refroidissement.

Après une étude très approfondie, surtout au point de vue bibliographique, de l'histoire de ces affections, bériberi et lathyrisme, dans les divers pays où on les a observées, M. Le Roy de Méricourt conclut en ces termes :

1° De nombreuses observations recueillies à diverses époques et dans des lieux très différents tendent à établir que l'usage alimentaire, dans une large proportion, pendant un temps assez long, des graines de plusieurs espèces de lathyrus amène chez l'homme et les quelques animaux supérieurs des accidents sérieux caractérisés par des troubles de la motilité, particulièrement du côté des membres inférieurs, et, chez les chevaux, le cornage, l'asphyxie.

2° Des circonstances accessoires, telles surtout que les variations de température, le refroidissement du corps par la pluie ou le froid humide des nuits, paraissent jouer un rôle important comme causes déterminantes dans la production de ces accidents chez l'homme. Il serait nécessaire de chercher à faire la part de ces circonstances.

3° Pour démontrer d'une manière irréfutable l'action dangereuse de ces graines de lathyrus dans l'alimentation, il faudrait : *a*. Isoler l'élément toxique qu'elles paraissent contenir ; *b*. Instituer des expériences à l'aide de ce principe isolé sur des animaux supérieurs, mais surtout soumettre des animaux à l'usage alimentaire des graines, de la farine et de la plante desséchée.

Les expériences par les injections d'un principe toxique placent les sujets expérimentés dans des conditions trop différentes de l'action de graines entières ingérées par la méthode alimentaire.

4° Rechercher dans les pays où sévit une maladie désignée sous le nom de *bériberi*, et qui offre, dans certains cas, une analogie très grande avec les accidents attribués à l'usage alimentaire des graines de lathyrus, si ces graines ne font pas partie de l'alimentation.

M. Lunier s'associe aux conclusions de M. Le Roy de Méricourt : il ne fera de réserves que sur la première.

Ce qui se dit à la tribune de l'Académie a trop de retentissement, surtout quand il s'agit de questions d'hygiène alimentaire, pour qu'on ne cherche pas à déterminer d'une façon précise à quelles variétés de légumineuses appartiennent les graines auxquelles il paraît rationnel d'attribuer les accidents si bien décrits chez l'homme par M. Proust, chez les animaux par M. Bouley. C'est le seul moyen d'obtenir des observations comparables.

La graine de *Lathyrus sativus*, auquel Irwing a cru devoir attribuer l'épidémie observée par lui dans l'Inde, est, par exemple, considérée comme absolument indemne par la plupart des observateurs. Presque tous, au contraire, considèrent comme toxique la graine du *Lathyrus cicer* ou jarosse, à laquelle M. Proust avait raison d'attribuer le *lathyrisme médullaire spasmodique*, mais il y aurait lieu d'incriminer également l'*Ervum ervilia*, qui, d'après M. Vilmorin, serait cultivé en Algérie sur une plus grande échelle que le *Lathyrus cicer*.

M. Lunier met sous les yeux de l'Académie des échantillons de ces diverses graines, qu'il doit à l'obligeance de M. Vilmorin. Malheureusement, si les botanistes ne sont pas d'accord sur la détermination de ces diverses variétés, les cultivateurs le sont moins encore, puisqu'à quelques kilomètres de distance les uns appellent *jarosse* ou *pois cornu* ce que d'autres désignent sous le nom de *jarot*, *garousse* ou *pois carré*.

Il résulte d'ailleurs de la double enquête faite par M. Lunier chez des meuniers et des cultivateurs des environs de Saint-Chéron : 1° que les blés qu'on apporte actuellement au moulin contiennent en général beaucoup plus rarement de la jarosse qu'il y a une quarantaine d'années ; 2° que la jarosse donnée au vert aux bestiaux est considérée généralement comme un excellent fourrage, tandis que la graine passe aux yeux de la plupart des cultivateurs comme dangereuse constamment pour les porcs et les canards, tandis que les perdreaux et pigeons en mangent impunément.

M. Proust répond à M. Lunier que, lui aussi, il a distingué quatre espèces de lathyrus. Dans son mémoire, il a eu soin d'indiquer que si chez les Kabyles les accidents observés par lui étaient dus à l'espèce nommée *lathyrus cicera*, en revanche, dans l'Inde, les mêmes accidents étaient causés par le *lathyrus sativus*.

Quant à la ressemblance d'une maladie produite simplement par le froid ou par d'autres causes banales avec le lathyrisme médullaire spasmodique, elle ne doit étonner en rien. N'existe-t-il pas également une très grande analogie entre certaines formes d'ergotisme, par exemple, et des maladies absolument indépendantes de l'ingestion de cette substance toxique?

M. Proust se dispose à poursuivre l'étude expérimentale des effets produits par les divers genres de lathyrus. Il va commencer, à cet effet, une série d'expériences sur des chevaux, à l'Ecole d'Alfort.

— La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juillet 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Guyon dépose sur le bureau, au nom de M. Follet (de Lille), une observation et un travail intitulés : *Calcul uréthral*.

M. Verneuil dépose, au nom de M. Maunoury, une observation d'amputation de jambe, suivie de tuberculose généralisée.

M. Chauvel remet un travail de M. Dieu sur les kystes hydatiques de l'orbite.

M. Terrillon, à propos du procès-verbal, revient sur la discussion des kystes de l'ovaire : Malgré l'assertion de MM. Pozzi et Lucas-Championnière, je n'ai jamais eu, en faisant ma communication, la prétention de présenter un fait nouveau. J'ai dit seulement que l'enclavement des kystes dans le ligament large était une chose peu connue, et j'ai cité les travaux dans lesquels il en était fait mention. Je n'ai pas dit non plus que l'ablation de ces kystes était presque toujours difficile, et j'ai précisément distingué deux variétés, celle où l'ablation offre de grandes difficultés et celle où elle est facile, et j'estime que dans les sept observations qu'il a citées, M. Terrier est tombé sur une série de cas heureux. Quant à l'opinion de M. Lucas-Championnière, qui dit que les kystes parovariens se développent habituellement à la surface du ligament large, ce n'est pas celle de la plupart des auteurs et de Kœberlé en particulier. Cette variété de kyste se développe dans l'épaisseur du ligament large dans la grande majorité des cas. Quant à MM. Péan et Urdy, ils ne parlent pas d'enclavement dans le ligament large ; ils ne parlent que d'adhérences.

M. Terrier : Je suis de l'avis de M. Terrillon sur tous les points, sauf sur la conduite à tenir dans certains cas ; ainsi je ne partage pas l'opinion de Kaltenbach, qui laisse suppurer la portion de kyste qu'il n'enlève pas. Quant aux kystes parovariens, si en général ils sont contenus dans le ligament large, il y en a qui se pédiculisent, et pour ma part j'en ai vu deux cas.

M. Trélat s'élève contre le mot enclavement, qui indique un certain processus qui n'existe pas, et il préfère le mot d'inclusion.

—M. Nepveu lit un travail intitulé : *Contribution à l'étude des résections du coude*. — Il résulte de l'étude des observations que le plus souvent l'humérus se termine par une fourchette, et la nouvelle articulation reproduit le type ginglymoïdal.

Kystes du cou. — Communication de M. Terrillon.

M. Terrillon a enlevé dernièrement dans son service à une jeune fille de dix-huit ans trois tumeurs de la région du cou, siégeant sous le muscle sterno-mastoïdien ; ces tumeurs étaient dures, bouclées, mobiles les unes sur les autres, mais adhérentes aux parties

profondes, et fixées pendant la contraction du sterno-mastoïdien ; elles avaient évolné lentement et sans réaction depuis trois ans.

L'opération a été simple, à part une adhérence à la jugulaire interne qui a rendn la dissection assez difficile en ce point.

Ces tumeurs étaient des kystes contenant un liquide citrin, transparent. L'intérieur du kyste est formé de cloisons incomplètes et les parois sont d'une égale épaisseur, sauf au niveau de l'insertion des cloisons où il y avait un léger épaississement.

L'examen histologique, fait par MM. Ranvier et Denucé, a montré que les parois contenaient des tubes garnis d'un épithélium cubique, qui donne l'apparence de certains épithéliomas tubulés. Dans certains points, on trouve une dégénérescence colloïde des éléments. Dans l'interstice des cloisons, on trouve un réticulum semblable à celui qui se rencontre dans les ganglions lymphatiques.

M. Terrillon conclut qu'il a eu affaire à des kystes ganglionnaires. Il n'a pu trouver que deux cas semblables dans la science : l'un est de Richard, le second a été observé par M. Verneuil, et l'examen histologique en a été fait par Muron, qui parle, mais brièvement, d'un réticulum situé près des cloisons du kyste. Ce serait donc un épithélioma kystique et n'ayant rien de commun avec les kystes congénitaux.

M. Lannelongue. — La communication de M. Terrillon soulève deux questions : l'origine et la nature de ces kystes.

Un kyste du cou peut se développer et contracter des adhérences intimes avec un ganglion, sans que pour cela le kyste dérive du ganglion. La disposition histologique signalée par M. Terrillon se retrouve dans les kystes congénitaux. Il existe, du reste, une série d'états intermédiaires, depuis les traînées d'épithélium jusqu'à la cavité kystique. Ces kystes sont primitivement formés aux dépens des veines, et, pour l'affirmer, je m'appuie sur les caractères de l'épithélium ; celui-ci dans les vaisseaux lymphatiques est crénelé, tandis qu'ici les cellules sont allongées et à bords réguliers.

En résumé, je crois plutôt que les kystes observés par M. Terrillon sont des kystes congénitaux.

M. Monod. — La présence du tissu réticulaire est insuffisante pour démontrer l'origine ganglionnaire, et je suis porté à croire dans ce cas à un kyste congénital, hypothèse qui est encore appuyée par l'âge de la malade.

M. Desprès croit que les kystes des ganglions sont beaucoup plus fréquents que ne le pense M. Terrillon ; on les observe fréquemment chez les enfants strumeux, et s'il n'en existe pas de description histologique, c'est qu'au lieu de les enlever on se contentait de les ouvrir et de les faire suppurer.

— M. Trélat. — J'ai rassemblé un certain nombre d'observations de kystes congénitaux du cou, et en les étudiant je suis arrivé à cette opinion que ces kystes sont d'origine veineuse. Ces questions d'origine ne peuvent pas être jugées avec les documents anciens, car l'examen histologique manque, et cet examen est de la plus grande importance pour préciser le diagnostic. Je crois aussi que la malade de M. Terrillon avait un kyste congénital qui existait dès la naissance, mais ne s'est développé qu'à l'adolescence.

M. Richelot. — Je crois que M. Desprès prend pour des kystes des ganglions, des abcès froids qui ont subi la transformation kystique, comme cela se voit assez souvent.

Dr Henri Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin 1883. — Présidence de M. Millard.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Isolement des varioleux. — Depuis le rapport de M. Vidal en 1864, il n'y a pas eu devant la Société de discussion générale sur la question de l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, dit M. Vallin, et l'on peut ajouter que, malgré de récentes améliorations, cet isolement laisse beaucoup à désirer à Paris.

Sans méconnaître les difficultés résultant de l'éloignement d'un hôpital unique consacré à la variole, il n'est pas douteux cependant qu'en diminuant le nombre des foyers on diminue aussi les chances de transmission et de dissémination. Pour qu'un hôpital d'isolement soit réellement efficace, il faut qu'il ait un personnel spécial d'infirmiers, un matériel de lingerie, de literie, de vêtements qui ne rentre pas dans le service commun, toutes choses qu'il est très difficile d'obtenir, même dans un pavillon distinct d'un hôpital général. C'est cette communauté du personnel et du matériel qui rend si souvent illusoire l'isolement des contagieux dans les hôpitaux d'enfants.

Je ne puis pas admettre que l'établissement d'un hôpital spécial nuise à l'instruction des élèves, comme le redoute M. Rathery ; loin de là, ceux-ci apprendraient davantage en suivant assidûment 150 malades en quinze jours qu'en venant de temps en temps visiter quelques varioleux dans les salles d'un hôpital mixte.

L'admission des élèves dans les services d'un hôpital spécial serait subordonnée à certaines formalités auxquelles il est aujourd'hui difficile d'astreindre des visiteurs de passage : ils seraient tous revaccinés par les soins du chef de service lui-même huit jours avant leur admission ; ils changeraient de vêtements ou revêtiraient une sorte de houppelande en toile avant de pénétrer dans les salles, comme on le fait dans certains hôpitaux étrangers ; ils seraient astreints à des ablutions désinfectantes, etc.

Si cet hôpital était placé à proximité des fortifications, comme l'hôpital Bichat par exemple, il n'y aurait aucun danger à redouter pour le voisinage. De plus, il y aurait une discipline et des réglements *ad hoc*. En un mot, sa création impliquerait une installation minutieuse qu'il est impossible d'improviser dans le service même spécial d'un hôpital général. Il serait indispensable d'établir, à l'entrée, des cabinets d'observation, afin de ne pas garder pendant deux jours, au milieu des varioleux, des malades dont l'affection laisserait quelques doutes quant au diagnostic.

A Londres, chaque *Small pox Hospital* est pourvu de locaux de ce genre ; il en est de même à Venise, à Copenhague, à l'hôpital d'Oresund. Un pavillon du modèle Tarnier conviendrait parfaitement pour cet usage. Il n'y aurait même pas de dangers à ménager dans chacun des hôpitaux généraux quelques chambres d'observations bien isolées pour les cas urgents ou indécis, afin d'éviter des transports inutiles à l'hôpital spécial.

Quant à la création d'hôpitaux de convalescence pour les varioleux, M. Vallin croit qu'il suffirait, quant à présent du moins, d'aménager dans les asiles communs de convalescence de Vincennes et du Vésinet un pavillon séparé, bien isolé, pour les convalescents de variole. Par contre, il serait indispensable et urgent d'avoir des places payantes dans les hôpitaux de varioleux.

M. Lereboullet a déjà fait connaître, il y a quelques années, la situation intolérable où s'était trouvé un de ses malades qui avait contracté la variole au cours d'un voyage à Paris. On l'avait expulsé de l'hôtel où il était descendu et l'on ne voulait pas le recevoir à la maison municipale de santé.

Un pareil état de choses ne saurait continuer dans une grande ville comme Paris, où le mouvement des voyageurs et des étrangers est incessant ; il y va de l'intérêt général. C'est une raison de plus pour demander à l'administration de l'Assistance publique la création d'un hôpital spécial de varioleux auquel il deviendrait naturel d'annexer un pavillon de chambres payantes où l'on pourrait trouver tout le confortable que certains malades pourraient désirer.

En Angleterre, il existe un grand nombre de petits hopitaux d'isolement où les familles aisées peuvent soigner un de leurs membres sans exposer tous les autres à la contagion. La mère vient s'installer dans un appartement de l'hôpital avec un de ses enfants atteint de scarlatine, rougeole ou de variole, afin de ne pas expo-

ser tous les autres ; elle peut même l'y faire soigner par son médecin habituel. Il y a d'ailleurs des chambres de toutes les classes et des salles communes pour les personnes peu aisées.

La plupart de ces hôpitaux ont été fondés à l'aide de dons ou de souscriptions volontaires. On va s'y faire soigner spontanément et peut-être un peu aussi sous la pression de l'opinion publique.

L'année dernière, une colonie d'Anglais a entrepris de fonder à Nice un hôpital d'isolement de ce genre, afin de préserver des dangers de la contagion la population des malades qui viennent chercher un soulagement à leurs maux dans cette station. Un pareil établissement manque à Paris ; il appartient à l'administration de l'Assistance publique d'y remédier.

La communication de M. Rathery indique une lacune des plus fâcheuses dans la législation et les règlements sanitaires : un directeur d'hôpital n'a pas le droit de retenir malgré lui un convalescent de variole ; de même aucune loi ne peut empêcher un varioleux en pleine desquamation d'entrer dans une salle de théâtre, de s'y installer dans une galerie haute, de s'y gratter pendant toute la représentation et de laisser tomber des flots de poussière virulente sur les nombreux spectateurs placés au-dessous de lui. Le même danger peut se retrouver à chaque pas dans une église, un concert, un restaurant ou un café. Sous le prétexte de ne pas porter atteinte à la liberté d'un individu, on le laisse porter l'atteinte a plus grave à la santé et à la vie de tous. Combien de fois n'est-il pas arrivé qu'un concierge garde au lit, dans une loge fréquentée par un grand nombre de locataires ou de fournisseurs de la maison, un enfant en pleine éruption de variole, de scarlatine ou atteint de diphtérie maligne ? Il n'en est pas ainsi dans d'autres pays : en Angleterre, certain article 126 du *Public Health Act* de 1875 condamne à une amende de 125 francs toute personne qui, pendant qu'elle est atteinte d'une maladie contagieuse, s'expose volontairement et sans précaution à répandre sa maladie dans une rue, place publique, boutique, taverne, etc., ou entrera dans une voiture publique sans, au préalable, prévenir de sa maladie le propriétaire, le conducteur ou le cocher. Il en est de même de toute personne qui donnera, prêtera, rendra, transmettra ou exposera, sans les avoir d'abord désinfectés, la literie, le linge, les chiffons et autres objets infectés. Celui qui louera sciemment une maison ou une chambre où aura demeuré une personne atteinte de maladie contagieuse, sans avoir dûment fait désinfecter ces locaux, sera passible d'une amende de 500 francs. Tant qu'une ordonnance de ce genre n'existera pas chez nous, quel droit pourrons-nous invoquer pour empêcher un convalescent de variole de quitter l'hôpital ou le service d'isolement au quinzième jour ? Une loi nouvelle, cependant, n'est pas nécessaire, car, aux termes des lois sur l'organisation municipale du 5 mai 1855 et du 24 juillet 1867, les maires sont exclusivement chargés, sous la surveillance des préfets, des mesures à prendre pour prévenir ou arrêter les épidémies, etc. Ils pourraient donc prendre, s'ils le voulaient, chacun pour sa commune, des ordonnances analogues à celles du *Public Health Act*. Il appartiendrait à la ville de Paris de donner l'exemple.

La Société médicale des hôpitaux ne peut que contribuer à provoquer l'attention des pouvoirs publics sur tout un système sanitaire qui est en voie de création dans tous les pays voisins, tandis qu'on s'en occupe à peine en France : la déclaration obligatoire des cas de maladie contagieuse ; la désinfection et même l'isolement obligatoires dans tous les cas de maladies transmissibles et en particulier de la variole.

VARÈLE.

CORRESPONDANCE.

SUR LA DESTRUCTION DES CROUTES VARIOLIQUES.

A M. DE RANSE, rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Je lis dans un compte rendu de la dernière séance de la *Société médicale des Hôpitaux de Paris* (c'est M. Vallin qui parle) :

« Pour tout ce qui concerne la variole, les médecins ne sauraient « apporter trop d'attention pour l'accomplissement des mesures « hygiéniques ou prophylactiques. Ainsi le balayage des salles de « varioleux, par exemple, offre une très grande importance.

« M. Vallin, est-il ajouté, s'aperçut lui-même, un jour, au Val-« de-Grâce, qu'on balayait les salles, après avoir secoué les ma-« telas et les draps, et qu'on faisait voltiger les nombreuses croûtes « qui recouvraient le plancher de la salle, puis qu'on allait jeter « ces détritus sur les tas d'ordures. C'est là certainement un « excellent moyen de transmission de la variole. Pour parer à ces « graves inconvénients, M. Vallin exige que l'on mette du sable « jaune humide dans les salles, qui a pour effet de retenir les « croûtes pendant le balayage. »

Pourquoi n'a-t-on pas adopté jusqu'ici les mesures que j'ai indiquées en 1870 dans une note à l'*Académie des sciences* et en 1880 dans une lettre au PROGRÈS MÉDICAL ?

On lit d'abord dans les comptes rendus de l'Académie des sciences :

« M. Netter adresse de Rennes une note relative aux soins à « prendre pour détruire, après la variole et pendant la période de « dessiccation des pustules, les croûtes qui entourent le lit du ma-« lade. En étalant un drap autour du lit, et l'enlevant à mesure « qu'il se couvre de débris cutanés, *pour détruire ces débris par le « feu*, l'auteur a observé une diminution notable dans la transmis-« sion de la maladie. C'est d'ailleurs un fait admis en médecine « que, dans toutes les fièvres éruptives, rougeole, scarlatine, va-« riole, c'est surtout à l'époque de la convalescence qu'il y a dan-« ger pour l'entourage du malade, sans doute à cause de la des-« quammation ; enfin on s'est servi autrefois pour les inoculations, « à défaut de pus variolique, des croûtes elles-mêmes. »

Les grands avantages de cette première mesure vont ressortir de la manière même dont j'ai été amené à l'instituer. C'était à l'hôpital militaire de Strasbourg, et à une époque où les varioleux étaient encore traités au milieu des autres malades ; or mon infirmier major, nommé Junck (son nom mérite d'être cité) veillait avec un soin extrême à la propreté de mes salles dont le plancher était ciré. Un jour que je m'approchai d'un lit où était couché un homme atteint de variole confluente, récemment arrivée à la période de dessiccation, mon infirmier major me saisit vivement par le bras. « N'avancez pas », me dit-il en me montrant du doigt autour du lit le parquet jonché de croûtes. — Pourquoi ne les faites-vous pas ramasser ? — Je le fais, me répondit-il ; mais au moindre mouvement du malade il en tombe des quantités nouvelles. — Etalez un drap autour du lit, lui dis-je, et ayez soin de brûler les croûtes. (Je savais que les croûtes, autrefois utilisées pour l'inoculation, étaient de puissants principes d'infection.)

Cependant le moment arrive où les varioleux alités se lèvent et sèment les croûtes partout dans les salles ; comment veiller alors à leur destruction ? C'est ce que j'ai fait connaître en 1880, par une lettre insérée dans le PROGRÈS MÉDICAL (page 458). Soyons bref.

Etant donné un certain nombre de salles de varioleux, on en destine une première partie uniquement aux varioles en voie d'évolution, et une seconde partie aux varioles arrivées à l'état de dessiccation.

Les choses étant instituées ainsi, les varioleux des premières salles seront transportés, à moins de complications internes, dans les secondes, dès que leurs pustules se seront toutes ouvertes, et c'est dans ces dernières salles qu'on procédera à la destruction des croûtes. Ajoutons, et ici vient encore une innovation, que ce sont les *convalescents*, dont les forces sont suffisamment rétablies, qui seront chargés de cette besogne. Tandis que dans les hôpitaux militaires on leur en donnera tout simplement l'ordre, on les rétribuera dans les hôpitaux civils. Voici comment la chose s'est pratiquée à l'hôpital militaire de Rennes.

La consigne avait été donnée par moi « que tous ceux en état

« de se lever étaient tenus de contribuer à l'exécution de la mesure, sous peine de privation générale de vin, si quelques croûtes étaient trouvées sur le sol; semblable punition pour celui qui « n'était pas alité et dans les draps duquel on trouverait des débris cutanés. Cela a suffi. Ces braves gens, ennuyés de leur réclusion, se firent un jeu de ramasser les croûtes et s'amusèrent à « qui le premier en trouverait une. La combustion s'en faisait dans « le poêle. Ajoutons que les bains furent prescrits fréquemment, « ce qui permit de prononcer plus tôt la sortie de l'hôpital

« Les avantages de ce système furent très marqués et à des « points de vue divers : 1o Sur 70 infirmiers, 6 sœurs et 20 médecins ou sons-aides, un infirmier seulement fut atteint et, grâce « à sa vaccine antérieure, n'eut qu'une varioloïde; 2o Par suite « des évacuations presque journalières de l'hôpital sur l'annexe, il « y a toujours eu des lits vides dans le premier établissement, et « conséquemment les malades graves jouirent d'un air moins vicié; « 3o Les convalescents ne se trouvaient plus au milieu des odeurs « si nauséabondes des varioleux suppurants; 4o Le médecin spécialement chargé de l'annexe a pu porter toute son attention sur « les convalescents et ouvrir à temps les petits abcès, cause si « fréquente de résorptions purulentes, et qui trop souvent échappent au praticien chargé simultanément des varioles graves.

« Ajoutons que pendant tout le temps de l'épidémie, la propreté « a été telle que, le moment étant venu de restituer les locaux à « l'école, il a suffi de huit jours de nettoyage avec blanchiment pour « que les élèves aient pu être admis sans nulle suite fâcheuse.

« Est-il besoin de faire remarquer que, dans les hôpitaux spéciaux que l'on crée aujourd'hui, le même système pourrait être « appliqué au moyen de quelques salles uniquement destinées aux « convalescents. »

En présence de ces résultats, il y a lieu d'espérer que les pratiques dont il vient d'être question seront généralisées dans les hôpitaux militaires, maintenant surtout que le professeur d'hygiène du Val-de-Grâce a reconnu et le danger de l'éparpillement des croûtes et la nécessité de salles de convalescents dans l'intérieur des hôpitaux spéciaux de varioleux. (Voir ses déclarations à la Société médicale des hôpitaux).

Quant aux hôpitaux civils, quelle grande dépense ce serait-il de rétribuer des personnes qui, s'ennuyant à ne rien faire, se chargeraient de la besogne pour quelques sous par jour ?

Agréez, monsieur le rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments dévoués.

Nancy, le 10 juillet 1883.

A. NETTER,
bibliothécaire à la Faculté de médecine de Nancy.

FORMULAIRE

ADMINISTRATION DE L'IODURE DE POTASSIUM SOUS FORME PILULAIRE.

Rec. Iodure de potassium........ 10 grammes.
Extrait de racine de gentiane } āā q. s.
Poudre de gentiane........ }

Pour f. s. a. pilules n° 100. — Chacune de ces pilules contient donc 10 centigrammes d'iodure de potassium.

Lorsque l'usage de ce médicament occasionne de la diarrhée, on peut le prescrire sous forme de potion, avec adjonction d'une certaine quantité de sirop diacode, par exemple :

Rec. Iodure de potassium.............. 5 grammes.
Eau.............. 200 —
Sirop diacode.............. } āā 25 —
Sirop d'écorces d'oranges amères }

M. s. a. — Chaque cuillerée à soupe de cette solution renferme 50 centigrammes d'iodure.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDES SUR LA SÉLECTION DANS SES RAPPORTS AVEC L'HÉRÉDITÉ CHEZ L'HOMME, par le docteur PAUL JACOBY. — Germer-Baillière, 1881.

L'Académie royale de médecine de Madrid ayant proposé pour son concours en 1874 la question de la « Sélection dans ses rapports avec l'hérédité chez l'homme », le docteur Jacoby adressa à la Compagnie un important mémoire qui fut distingué, et c'est ce mémoire qu'il publie aujourd'hui sous forme d'un volume de plus de 600 pages.

« S'il n'était pas présomptueux de répéter un mot célèbre, écrit M. Jacoby dans sa préface, nous aurions dit au lecteur : « Ceci est un livre de bonne foi. » — L'auteur est, en vérité, trop modeste, et il mérite plus qu'un éloge banal. Son livre, d'allures élevées et d'une portée très haute, est une œuvre véritablement scientifique, dans laquelle il aborde de grandes questions médico-psychologiques, en déployant à chaque pas les ressources d'un esprit ingénieux et fécond, des connaissances médicales très étendues et surtout une érudition des plus remarquables.

La question à étudier étant la « Sélection dans ses rapports avec l'hérédité chez l'homme », M. Jacoby explique tout d'abord comme quoi il s'est décidé, pour des raisons d'ordre scientifique, à choisir comme exemples de sélection la *sélection par position sociale exclusive*, c'est-à-dire par le *pouvoir*, et la *sélection par intelligence* et *talent*.

Son but est de montrer que le *pouvoir* et le *talent*, qui sont deux formes de sélection, en séparant et en élevant certaines familles et certaines castes au-dessus du commun des hommes, les précipitent, avec une rapidité presque foudroyante, dans la voie de la dégénérescence et de l'extinction. Ce qui revient à répondre, par de frappants exemples, à la question posée, que la *sélection chez l'homme exerce sur l'hérédité une influence des plus funestes*.

Pénétrons maintenant avec l'auteur au cœur même de la question, et étudions en premier lieu avec lui l'influence de la sélection par le *pouvoir* sur la descendance des races royales.

Et d'abord, par quel mécanisme la toute-puissance affaiblit-elle moralement l'individu qui en est détenteur ?

A l'état normal, dit le docteur Jacoby, toute perception tend à se traduire en acte, car la tendance à l'action réflexe est un fait fondamental, une loi qui domine toute la vie de relation de l'homme, tout le fonctionnement de son système nerveux, depuis le phénomène inconscient le plus simple jusqu'aux actes volontaires les plus compliqués. Cette tendance de toute idée à se traduire en acte est plus ou moins forte, suivant que la perception qui la détermine est elle-même plus ou moins énergique. La perception, l'idée, sont-elles fugaces ? Elles sont facilement réprimées par le *moi*, c'est-à-dire par d'autres complexus d'idées liées entre elles et formant un ensemble plus ou moins solide. Sont-elles, au contraire, très vives ? L'impulsion au mouvement devient aussi très grande, et si le *moi* est opposé à cette idée, le conflit devient des plus violents.

Il s'ensuit donc qu'il existe une lutte permanente entre la *perception*, qui pousse l'homme à agir, et le *moi*, qui refrène cette tendance. Plus le *moi* est fort, plus l'individu refoule et rectifie les impulsions qui l'agitent, plus il commande à ses instincts et à ses désirs, plus il est maître de lui, *compos sui*.

C'est là la condition expresse de la santé psychique, de l'état normal.

Mais que le *moi* vienne à s'affaiblir ou que les impulsions deviennent trop puissantes, dans les deux cas, l'équilibre est rompu, l'individu cesse de se commander, il n'est plus libre, il s'affaiblit.

Cette prédominance de l'élément *impulsion* sur l'élément *répression* s'observe chez l'enfant, dont le *moi* n'est pas encore assez énergique pour mettre en lutte des complexus d'idées fortement enchaînées. Mais ce n'est ici qu'un état transitoire, que l'éducation fait bientôt cesser, en développant chez lui un fonds intellectuel et moral destiné à donner une direction fixe et invariable à toute sa vie. Cet état de *faiblesse irritable*, nous le retrouvons encore an début des maladies mentales, où l'affaiblissement du *moi*, tant intellectuel que moral, tient, en effet, une des premières places.

Enfin, et c'est là qu'il fallait aboutir, on l'observe aussi chez les princes, les rois, et surtout chez les monarques absolus, dont le *moi* se dissout, s'affaiblit progressivement, parce qu'il a perdu toute occasion de se manifester et d'agir.

Et, en effet, dans ces cas, comment le *moi* resterait-il fort?

Tout est permis au potentat, tout lui est licite, il a toujours raison, il n'entend jamais critiquer ses actes, contredire ses paroles; il ne peut mal faire. dit le droit, répètent sur tous les tons les courtisans. Et il finit par croire réellement que tout ce qu'il fait est bien, par cela seul qu'il le fait; il est fatalement condamné à perdre la notion du bien et du mal. Sa conscience se réveille-t-elle par moments? On s'empresse de l'endormir, on s'empresse de calmer ses scrupules, on s'ingénie à justifier ses actes. Ses désirs ne trouvent jamais d'opposition, ne rencontrent jamais de refus, et comme son entourage l'a déjà débarrassé du frein moral que chaque homme s'impose plus ou moins soi-même, il finit par être impuissant à les maîtriser; son *moi* s'affaiblit de plus en plus.

Le pouvoir, par son influence morale sur la personnalité, doit donc produire dans la vie cérébrale un trouble fonctionnel dont la nature et le caractère sont identiques à ce que nous trouvons au début des maladies mentales et des affections nerveuses graves.

Le phénomène physiologique du *moi* faible et sans consistance paraît donc être commun à l'enfance, où le *moi* n'est pas encore développé, à la plupart des maladies nerveuses graves et à l'aliénation mentale, dans lesquelles il est affaibli, et aux détenteurs du pouvoir suprême, dont le *moi* ou n'a pas pu se constituer, comme chez l'enfant, ou, formé, avait été affaibli, comme dans les affections phrénopathiques.

Telle est l'idée de l'auteur sur l'influence dissolvante de la toute-puissance et sur son mode d'action chez les individus qui en sont revêtus.

Cette *faiblesse irritable*, analogue à celle du début des maladies mentales, une fois produite chez un monarque, il est aisé de comprendre comment elle se transmet par hérédité aux générations suivantes, qu'elle entraîne vers la dégénérescence avec d'autant plus de rapidité que la cause première du mal, *le pouvoir suprême*, continue sur elles sa funeste action.

L'histoire nous offre de nombreux exemples de cette dégénérescence progressive dans les familles royales, et parmi eux il en est de frappants.

Ici, le docteur Jacoby aborde de la façon la plus complète l'histoire psychologique de la famille d'Auguste, le premier empereur de Rome, famille qu'il suit pas à pas, en philosophe et en médecin, depuis les premiers indices de l'affaiblissement du *moi* survenus chez son fondateur, jusqu'aux vices les plus honteux et aux infirmités physiques et morales les plus repoussantes qui ont si tristement illustré ses derniers représentants.

Je ne puis, bien à regret, suivre pas à pas l'auteur dans tous les développements de son étude psychologique de la famille d'Auguste, une des parties capitales de son œuvre. Je dois me contenter d'en signaler les points les plus saillants, tels que les passages consacrés à l'existence de la *crampe des écrivains* chez Auguste, au tableau des débauches sans nom de sa fille Julie, à la preuve de l'identité de Drusus l'Ancien, à la discussion des portraits de Mécène, enfin à l'analyse médico-psychologique très approfondie de deux des individualités les plus sombres de cette race: l'empereur Claude et Caïus Caligula.

L'exemple si frappant de la famille d'Auguste montre jusqu'à l'évidence, l'influence néfaste du pouvoir sur les races royales. Mais l'auteur n'en reste pas là. Craignant qu'on ne lui fasse cette objection que l'histoire d'une seule famille ne peut pas prouver une loi, et qu'un exemple, si bien choisi, si frappant qu'il soit, ne peut être regardé comme une preuve suffisante, il fait un nouvel appel à l'histoire, et dans une série de chapitres des plus intéressants, il étudie, plus sommairement qu'il ne l'a fait pour la famille d'Auguste, mais avec des détails encore très suffisants, les principales dynasties de l'Europe occidentale, du XIVe au XVIIIe siècle. Nous y voyons défiler les maisons royales suivantes : *Italie :* (Savoie, Sardaigne, Toscane, Naples, Sicile).— *Espagne :* (Castille, Aragon, la Maison d'Autriche, les Bourbons). — *Portugal*. — *France :* (les Valois, les Bourbons).— *Angleterre :* (les Plantagenets, les Lancastre, les York, les Tudors, les Stuarts).

L'étude successive de toutes ces maisons royales conduit l'auteur au même résultat, à la même conclusion que celle de la famille d'Auguste, et, dans toutes, il montre le vice névropathique et la dégénérescence s'infiltrant par le pouvoir, progressant de plus en plus, et amenant finalement l'extinction complète de la race.

Dans la seconde partie de son ouvrage, M. Jacoby cherche à démontrer que la dégénérescence est également des plus rapides dans les familles où s'opère la sélection par le *génie et le talent*.

Cette dégénérescence, cette extinction prématurée des familles privilégiées, ne sont pour l'auteur que le résultat direct de leur position exclusive, en vertu de laquelle ces familles s'unissent entre elles, et sans faire précisément de mariages consanguins, choisissent les conjoints toujours dans le même milieu social, élevés identiquement, ayant subi les mêmes influences, coulés dans le même moule ; ce qui fait que l'élément névropathique, né sous l'influence des troubles fonctionnels de la vie intellectuelle et affective, se développe avec une grande rapidité et arrive vite à sa plus haute puissance. Aussi voit-on des familles en voie de dégénérescence refleurir par une union hors de leur caste. C'est à cela qu'il faut attribuer ce fait que nous voyons progressivement augmenter, et dans des proportions véritablement effrayantes, le nombre des aliénés dans les différentes puissances et surtout, comme l'a dit Marcé, dans les Etats où la civilisation est la plus avancée.

En effet, l'activité imprimée aux arts, aux sciences, à l'industrie, a pour résultat un surcroît d'activité des facultés cérébrales. L'agitation industrielle, politique et sociale, gagne

chaque individu en particulier, comme elle atteint les masses. On vit plus vite, on brûle de gagner, de jouir, on discute avec passion les questions politiques, on vit dans un état perpétuel d'excitation.

Or, les études de Moreau de Tours l'avaient conduit à penser qu'un très grand nombre de grands hommes, appartenant aux classes actives, dont nous venons de rappeler les passions, « présentent eux-mêmes, ou dans leurs familles, quelques-unes de ces affections et anomalies somatiques ou psychiques prouvant chez eux l'existence de l'élément psychopathique ». De cette façon, l'anomalie du génie et du talent se trouve avoir une origine commune avec les anomalies somatiques ou psychiques beaucoup moins heureuses dont elle n'est qu'une transformation; à ce titre, le génie est un des membres de la grande famille névropathique. Il serait absurde d'affirmer que le génie est une folie d'une forme particulière, mais cette doctrine signale la liaison de parenté entre toutes les anomalies intellectuelles et physiques possibles, et jette un jour tout nouveau sur les questions les plus complexes de la psychologie de l'homme.

Elle explique aussi cette singularité, remarquée depuis longtemps, que les enfants des hommes remarquables sont ordinairement soit fort au-dessus (hérédité du talent), soit au-dessous de l'humanité normale, mais rarement à son niveau, que « les favoris des dieux » meurent souvent jeunes, et que leur postérité s'éteint après un petit nombre de générations.

Ces individus, ces familles, ces races qui surgissent de l'immensité humaine et qui tendent à s'élever au-dessus du niveau commun, gravissent péniblement des hauteurs abruptes, arrivent au sommet (talent, pouvoir, intelligence, etc.); puis, une fois arrivée, sont précipités en bas et disparaissent dans les abîmes de la folie et de la dégénérescence.

Si donc le génie et le talent ont pour origine commune un certain élément pathologique, ils doivent être d'autant plus fréquents dans une population que cet élément y est plus répandu; autrement dit, il doit exister un rapport direct entre les diverses manifestations de cet élément morbide, c'est-à-dire que plus que seront fréquentes les unes (génie, talent), plus le seront les autres (névropathies, bizarreries, anomalies intellectuelles et morales). Il fallait donc établir une statistique permettant de comparer dans un pays la fréquence des hommes de génie et de personnages remarquables à quelque titre que ce soit, avec la densité de la population. En outre, l'époque choisie devait être assez rapprochée pour être bien connue; assez éloignée pour que l'histoire ait prononcé son arrêt; enfin, assez suffisamment riche en hommes remarquables.

Ces considérations ont conduit l'auteur à choisir le XVIIIe siècle, en France, pour objet de son étude.

Ici, M. le docteur Jacoby s'est livré à une véritable débauche d'érudition et de calculs scientifiques, à ce point que parfois on a peine à le suivre dans ses raisonnements et ses déductions mathématiques, passablement étrangers, comme on le sait, aux membres du corps médical. Etablir, en s'appuyant sur les recensements historiques, la population totale et la densité de population pour chaque département pendant le XVIIIe siècle, établir également à l'aide des dictionnaires biographiques les plus dignes de foi le nombre exact d'hommes remarquables, en bien ou en mal, dans chaque département et à la même époque, comparer ces deux ordres de résultats, les rendre plus saillants et plus palpables à l'aide de tracés graphiques nombreux, discuter les enseignements qui en découlent et en tirer les conclusions de l'ordre le plus élevé, tel est le chemin parfois aride, mais toujours plein d'intérêt, que nous fait parcourir l'auteur dans les derniers chapitres de son ouvrage.

En somme, qu'on soit ou non de l'avis du docteur Jacoby sur l'influence de la sélection sur l'hérédité chez l'homme, on ne peut nier qu'il ait écrit là un livre remarquable, profondément pensé, plein d'idées neuves et fécondes, rehaussé par une érudition des plus grandes et l'éclat d'un style qui, sans être d'une correction absolue dans la forme (l'auteur étant étranger), est toujours plein de précision et parfois même touche à l'éloquence.

Dr E. Régis,
ancien chef de clinique des maladies mentales.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Le choléra. — Les nouvelles du fléau qui ravage l'Egypte sont mauvaises, et si le chiffre des décès cholériques de chaque jour reste à peu près le même, autant du moins que les chiffres qui sont publiés sont exacts, cependant l'épidémie gagne en étendue, s'éteignant peu à peu dans les localités dont les habitants se sont enfuis, tels que Damiette, par exemple, pour apparaître sur d'autres points. C'est ainsi que la ville du Caire vient d'être envahie tout à coup et d'une façon telle que, dans les trois premiers jours, le nombre des victimes a été de 141.

En résumé, le nombre des décès cholériques, depuis le jour où a été constaté le premier cas de choléra jusqu'au 17 juillet inclusivement, serait tout près d'atteindre le chiffre de 4,000, dont 2,000 pour la seule ville de Damiette. L'épidémie sévirait actuellement dans une quinzaine de villes ou villages et tendrait à gagner toute la Basse-Egypte.

Enfin, une nouvelle plus grave nous arrive aujourd'hui; si nous en croyons certaines dépêches, le choléra aurait éclaté à Palma, dans les îles Baléares. En recevant cette nouvelle, le conseil sanitaire de Marseille aurait décidé de maintenir rigoureusement les mesures décrétées. Ces mesures pourraient bien être rendues malheureusement illusoires si, comme l'assure le journal le *Temps* d'hier soir, *comme le tenant de source certaine*, il était vrai que certains chargements adressés à des négociants de Paris auraient été transbordés à Port-Saïd pour être dirigés sur Londres, d'où ils seraient expédiés à Paris, à l'entrepôt de la Villette.

Voici les chiffres donnés officiellement pour la période du 12 au 17 inclusivement pour les principales localités d'Egypte :

	Décès.		Décès
Damiette.....	215	Chirbine......	39
Mansourah....	398	Talka.........	29
Samanoud....	97	Le Caire.......	141
Menzaleh.....	102	Autres localités	39

La société de médecine publique et d'hygiène professionnelle a nommé une commission composée de MM. Wurtz, Brouardel, Durand-Claye, Kœchlin-Schwartz, Liouville, Proust, Martin, Thévenot, Napias, Bouley, E. Trélat, Rochard, Vallin, Walther, Grancher, Pozzi, Vidal, Levraud, Dubois, Siredey, Lereboullet, Girard, Pabst et du Mesnil. Cette commission est chargée d'étudier les mesures d'hygiène privée et publique à prendre en cas d'épidémie de choléra.

***

Faculté de médecine de Paris. — A la suite du concours ouvert pour le clinicat médical, ont été nommés MM. les docteurs dont les noms suivent, classés par ordre de mérite : 1o M. Derignac; 2o M. Mathieu, chef de clinique titulaire; 3° M. Siredey, chef de clinique adjoint.

Le concours du clinicat des maladies nerveuses s'est terminé par la nomination de M. le docteur Marie comme chef de clinique titulaire.

***

Faculté de médecine de Bordeaux. — Des concours s'ouvriront : 1o pour une place de prosecteur le 1er août 1883 ; 2o pour deux places d'aide d'anatomie, le 5 octobre 1883. Les candidats devront se faire inscrire dix jours au moins avant l'ouverture desdits concours.

***

Concours de l'agrégation. — Le concours s'est terminé, pour les sections de physique, de chimie et de pharmacologie, le 13 juillet 1883, à sept heures du soir, par les nominations suivantes dans chacune des Facultés ci-après désignées :

A. — *Physique.*

Faculté de Paris. — M. Guébhard.
Faculté de Bordeaux. — M. Bergonié.
Faculté de Lille. — M. Doumer.
Faculté de Lyon. — M. Imbert.
Faculté de Nancy. — M. Bagnéris.

B. — *Chimie.*

Faculté de Lyon. — MM. Blanc et Linossier.
Faculté de Montpellier. — M. Ville.

C. — *Pharmacologie.*

Faculté de Paris. — M. Ponchet.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 6 juillet au jeudi 12 juillet 1883.

Fièvre typhoïde 39. — Variole 14. — Rougeole 28. — Scarlatine 2. — Coqueluche 18. — Dipthérie, croup 23. — Dysenterie 1. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 7. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 50. — Phthisie pulmonaire 182. — Autres tuberculoses 7. — Autres affections générales 56. — Malformation et débilité des âges extrêmes 34. — Bronchite aiguë 27. — Pneumonie 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 83, — au sein et mixte 39. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 78. — de l'appareil circulatoire 59. — de l'appareil respiratoire 67. — de l'appareil digestif 53. — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 51. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1030 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Paralysies toxiques, syphilis cérébrale, par le docteur Lancereaux et recueillies par le docteur Daupier. In-8 avec 14 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Des accidents pernicieux d'origine palustre, par le docteur Bard, médecin des hôpitaux de Lyon, etc. In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Etude anatomique et anthropologique sur les os wormiens, par le docteur Chambellan. In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;**

Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.**

Paris, le 26 juillet 1883.

Académie de médecine. — SUR L'ORIGINE DE L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE DE CHOLÉRA ASIATIQUE EN EGYPTE ET SUR LES DANGERS QUE CETTE ÉPIDÉMIE FAIT COURIR A L'EUROPE. — FRACTURES ET GLYCOSURIE.

Le choléra étend de plus en plus ses ravages en Egypte, et l'Europe est aujourd'hui sérieusement menacée de l'invasion du fléau. Depuis que la redoutable maladie a fait son apparition sur les bords du Nil, la presse politique, en France et dans les autres pays menacés, fait peser sur le gouvernement britannique la responsabilité de cette situation. Il appartenait à M. l'inspecteur général des services sanitaires, de démontrer jusqu'à quel point ces accusations sont fondées. Dans une note communiquée successivement à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, M. Fauvel a fourni la preuve comme quoi le choléra asiatique a été importé récemment à Damiette par des marchands de Bombay, et qu'il a pu en être ainsi, grâce à l'égoïsme mercantile des autorités anglaises en Egypte, qui ont annihilé le rôle préservateur du conseil sanitaire international, en laissant libre accès aux provenances suspectes de l'Inde.

M. Fanvel a passé en revue les différents points de la côte méditerranéenne, qui ont servi déjà de porte d'entrée au choléra lors des épidémies antérieures survenues en Europe, et, après avoir discuté les dangers d'envahissement, qui ne sont plus à nier, il a fait voir aussi que les chances de préservation étaient sérieusement assurées par les mesures quarantenaires prises dans les différents pays qui nous entourent. Nous sommes heureux de servir d'écho à ces paroles, car, en face d'un fléau comme celui qui nous menace, la terreur répandue dans le public est ce qu'il y a de plus funeste, après l'incurie des autorités.

— A la suite de la lecture de M. Fauvel, l'Académie de médecine, dans sa dernière séance, a entendu une communication de M. Verneuil sur un sujet qui rentre dans un ordre de questions que ce sagace chirurgien poursuit avec persévérance et succès depuis bien des années. Comme un nouvel exemple de l'influence des diathèses sur les traumatismes, M. Verneuil a pu citer deux exemples de consolidation tardive et un cas de non-consolidation d'une fracture, chez des glycosuriques. Il a rappelé que dans ses leçons de pathologie générale, professées à la Faculté de médecine, M. Bouchard a placé le diabète dans la grande classe des maladies par ralentissement de la nutrition. Si on considère que la formation du cal, dans les cas de fracture, n'est qu'un épisode de ce travail de métamorphose qui s'appelle la nutrition, les observations de M. Verneuil, curieuses à plus d'un titre, viendraient donc à l'appui de la théorie de M. Bouchard. Incidemment, le chirurgien de la Pitié a fait savoir qu'il reviendrait prochainement sur un détail curieux noté chez ses malades, l'analgésie, qui

FEUILLETON

Documents sur l'ancienne médecine.

I. A. GERMAIN. Deux lettres inédites de Henri IV, conoernant l'Ecole de médecine de Montpellier. — II. Le même : L'apothucairerie à Montpellier sous l'ancien régime universitaire ; étude historique d'après les documents originaux. Montpellier, 1882, in-4. — III. COPPI (Ettore) : Le Università italiane nel medio evo. Florence, 1880, in-8. — IV. DELANNOY (Ad) : Notice historique des divers hospices de la ville de Tournai. Paris, Tournai, 1880, in-8. — V. BRAQUEHAY fils . Histoire des établissements hospitaliers de la ville et de la banlieue de Montreuil-sur-Mer. Amiens, 1882, in-8. — VI. E. TURNER, L'étymologie du mot syphilis. Paris, 1883, in-8.

I. M. A. Germain, l'ancien doyen de la Faculté des lettres de Montpellier, bien connu des médecins qui s'occupent de l'histoire de leur art, vient d'ajouter à ses précédentes monographies sur l'origine et le développement de la médecine à Montpellier, deux intéressantes notices. La première est la reproduction de deux lettres de Henri IV, alors roi de Navarre, qui demande aux professeurs de Montpellier la permission d'avoir ou de conserver près de lui deux des leurs : Jean Saporta et Nicolas Dortoman. L'Université, qui trouvait avec raison que le Béarnais retenait trop longtemps ses professeurs, fit mine de refuser. Henri IV insista : Dorthoman, dit-il *« ayant acquis beaucoup de congnaissance de ma température »* ; il paraît que l'université, touchée par les suppliques du roi, finit par céder. Il résulte, autant des lettres mêmes, que des commentaires qui les accompagnent, que la réputation de l'Ecole de Montpellier était toujours très grande. Son indépendance incontestée lui permettait de résister, quelquefois, aux injonctions qui lui étaient faites de la part des grands de la terre, et son Conseil appelé, en conclave, à se prononcer en semblable occurrence, se composait des docteurs, syndic, conseillers des écoliers et secrétaire de l'Université, ce qui indique bien une organisation démocratique.

II. Les statuts de Montpellier de 1340 prescrivent déjà que deux maîtres élus chaque année parmi les plus anciens auront mission d'avertir les apothicaires de ne vendre de médecines laxatives à aucun habitant sans le conseil de l'un des maîtres de l'Université, à moins qu'ils n'aient obtenu la licence de se livrer eux-mêmes à la pratique de l'art médical. Les lettres du duc d'Anjou,

n'est pas rare, paraît-il, chez les diabétiques et peut servir de signe révélateur précoce de la glycosurie.

E. R.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

INDICATIONS DE LA TAILLE ; APPRÉCIATION ET CHOIX DES MÉTHODES ET DES PROCÉDÉS, par M. G. BOUILLY, professeur agrégé, etc.

Suite. — Voir les numéros 26, 27 28, et 29.

Dans le cas de cystite calculeuse rebelle, tenace, l'indication est nette ; il ne faut pas hésiter à débarrasser la vessie même pendant qu'elle est enflammée. La taille était naguère en cette circonstance la méthode de choix propre à vider la vessie sans l'irriter par une introduction répétée d'instruments. La lithotritie nouvelle semble dans ce cas offrir plus d'avantages. De nombreux malades ont vu leur cystite disparaître en quelques jours, après une seule séance ; sur 226 opérations de la pratique de Guyon, 72 fois elle a disparu sans laisser de traces, 16 fois elle a continué après le débarras de la vessie (Desnos). La taille reste indiquée quand cette cystite aiguë ou chronique a déterminé une irritabilité telle de la vessie qu'elle ne puisse être calmée par l'anesthésie chloroformique ; elle est encore moins dangereuse que la lithotritie rapide, pratiquée surtout par des mains peu exercées, dans les cas connus sous le nom de cystite fongueuse. La muqueuse est alors extrêmement vasculaire et le danger des manœuvres peut être considérable. La lithotritie n'est alors applicable que si elle peut être suivie d'un broiement complet avec évacuation immédiate ; or, les manœuvres doivent être faites avec des ménagements extrêmes, sous peine de provoquer des hémorrhagies incoercibles et doivent être nécessairement prolongées pour obtenir la fragmentation complète ; de sorte que nous recommandons ici la taille qui débarrasse la vessie d'un seul coup de préférence à la lithotritie fort difficile en pareille circonstance.

En dehors de la maladie de Bright, qui se traduit par ses symptômes et ses signes habituels, les altérations rénales ne peuvent guère être que soupçonnées. Liées soit à la production ancienne de calculs siégeant dans le rein, soit à un obstacle situé sur le trajet des voies urinaires, ces altérations qui peuvent aller depuis la simple congestion temporaire et limitée de la muqueuse des bassinets jusqu'à la destruction presque complète de l'organe, ne se révèlent par aucun signe caractéristique. Les urines peuvent ne présenter aucun changement ni dans leur quantité ni dans leur qualité ; la sensibilité de la région rénale peut ne pas être exagérée, l'état général du sujet peut être satisfaisant en apparence. Quelques accès de fièvre ou une fièvre continue peuvent mettre sur la voie et faire soupçonner la complication.

L'étude de cette fièvre peut conduire à de précieuses indications. Chez un malade calculeux de bonne apparence, chez qui une exploration de la vessie ou du canal, une fatigue, un excès quelconque, détermine un accès de fièvre, l'état d'intégrité des reins doit être mis en doute et la fièvre soumise à une observation rigoureuse.

Cesse-t-elle après un violent accès pour ne se reproduire qu'à l'occasion de la même cause qui l'a fait naître une première fois ? On peut craindre le retour des mêmes accidents, mais il est bien probable que les accès de fièvre sont sous la dépendance du corps étranger lui-même et que son ablation les fera disparaître. C'est alors qu'il faut suivre la marche de la fièvre, condamner le malade au repos et, dans une période d'accalmie, extraire la totalité du calcul en une seule séance. Ici encore la taille sera préférable pour la généralité des chirurgiens, bien que la lithotritie nouvelle ait réussi dans ces circonstances entre des mains expérimentées.

Que si, au contraire, à cet accès provoqué ou à cette fièvre développée spontanément en apparence succède un état fébrile continu, avec ou sans frisson, avec une ascension régulière de la température sans défervescence, avec un état général mauvais, c'est au traitement médical qu'il faudra avoir recours ; car le parenchyme rénal est très probablement altéré ou bien on est en face d'une intoxication urineuse à marche rapide (Desnos). La fièvre seule suffit à faire la contre-indication et à indiquer une désorganisation avancée du rein.

Il en est de même dans les lésions avérées et reconnaissables du parenchyme rénal, dans la néphrite suppurative aiguë, dans la pyélo-néphrite calculeuse ; l'abstention doit être la règle tant qu'il y a de la fièvre et l'intervention dans une période apyrétique ne peut être tentée qu'avec les plus faibles

---

lieutenant de Charles V, datées de 1364, enjoignent aux apothicaires de n'accueillir d'ordonnances que de médecins dûment approuvés ; Charles VIII en 1496, et le Parlement de Toulouse en 1550, prescrivent la visite des officines par les régents des Universités de médecine et c'est en 1572 que la corporation des apothicaires de Montpellier adopte, d'accord avec les médecins, un règlement très complet et curieux à plus d'un titre Tout est bien prévu :

Les « appoticaires ne devront s'ingérer à ordonner ou administrer et dispenser aulcunes médecines, laxatives ou aultres, sans « ordonnance des docteurs-médecins ou maistres cirurgiens, sauf « que, en cas de nécessité, ils pourront fournir d'ung clistère commun, *potus contra vermes*. Il est deffendu aux cirurgiens de faire « ou donner médecines laxatives, administrer brevaiges de diètes, « sirops... ni faire ungans et emplâtres qui communément sont « tenuz par lesdictz appoticaires.

« Les médecins ne se mêleront que d'ordonner et n'ordonneront « qu'ilz ne signent, avec la date du jour et an,... à peyne de « l'amende s'ils en sont reffuzans, et escriront les receptes chez « les malades mesmes...

« Aussi chascun exerceant son estat sincèrement et fidellement, « sans confuzement entreprendre l'ung sur l'aultre, la republicque « en sera mieulx entretenue et la médecine demourera en sa réputation pour ses trois estatz dignement practiqués en la très fameuse cité et université de Montpellier. »

En 1599, les « maistres appoticaires » prirent l'engagement de ne plus donner comme autrefois, aux fêtes de Noël et des Rois, des confitures, dragées, hypocras, etc., et en 1612 un règlement très sévère est imposé aux compagnons pharmaciens. Nous y relevons seulement trois articles :

« I. Quy blasphemera le nom de Dieu paiera V sols — V. Quiconque rira ou dormira pendant la lecture paiera I sol. — VI. Quy « entrera au collège sans oster le chapeau paiera 6 deniers. »

M. Germain passe successivement en revue tous les documents officiels de la corporation, pour terminer par la proposition des maîtres apothicaires de Montpellier de 1790, proposition dans laquelle on retrouve quelques traces de l'organisation des Ecoles actuelles. Le nouveau mémoire du savant de Montpellier sera lu avec grand intérêt.

Dr A. DUREAU.

chances de succès, qu'on s'adresse à la taille ou à la lithotritie rapide. En pareil cas ne sont permises que les méthodes d'extraction capables de vider la vessie d'un seul coup et peut-être encore faut-il ici préférer la taille pour les mêmes raisons que nous avons déjà exposées.

Dans des conditions moins graves, dans la néphrite interstitielle, l'indication opératoire est plus nette : grave comme toute intervention chez un individu porteur de reins malades, l'opération peut améliorer l'état rénal en supprimant l'inflammation de la vessie et sa tendance fatale à se propager vers les voies urinaires supérieures. Ici, la litbotritie rapide peut donner les plus beaux succès; les urines deviennent limpides et la guérison totale peut arriver.

En résumé, dans le cas de lésions rénales, toute opération qui débarrassera *rapidement* et *complètement* la vessie de son contenu pathologique peut être considérée comme utile. Comparée à la lithotritie ancienne, la taille dans ces cas reste la méthode de choix; comparée à la lithotritie nouvelle, elle perd du terrain mais elle reste une bonne et utile opération d'une exécution plus facile et moins périlleuse, à mon sens, que les manœuvres prolongées dans une vessie malade et au voisinage de reins altérés.

En général, le *rétrécissement de l'urèthre* ne constitue pas une indication de la taille. Si les indications de l'évacuation vésicale ne sont pas absolument pressantes, on pratiquera d'abord la dilatation du rétrécissement ou même sa section et on exécutera ensuite la lithotritie. Thompson conseille dans ces cas l'usage de lithotriteurs de petit volume et le maintien à demeure dans l'uréthre, dans l'intervalle des séances, d'une bougie pour conserver la dilatation du canal. Cette conduite, bonne à tenir quand il était nécessaire de répéter les séances de broiement, doit être remplacée par une séance unique de lithotritie rapide, une fois que le passage est suffisant pour l'introduction du lithotriteur et de la sonde à évacuation.

Mais dans d'autres cas la cystite produite à la fois par le calcul et le rétrécissement a pu retentir sur les reins d'une façon assez prononcée pour que chaque tentative de dilatation uréthrale soit suivie d'accès de fièvre plus ou moins forts; le traitement se trouve alors indéfiniment prolongé, entrecoupé d'incidents et fertile en surprises. Il vaut mieux, dans ce cas, vider la vessie par la taille et après la chute des accidents vésico-rénaux entreprendre la cure du rétrécissement. Ce sont des conditions complexes, heureusement assez rares, dans lesquelles les combinaisons morbides ne laissent pas que d'être fort embarrassantes au point de vue de la conduite à tenir.

Nous en pourrions dire autant de l'*hypertrophie de la prostate;* dans la majorité des cas, elle ne constitue un obstacle à la lithotritie et ne devient une indication de la taille que si en même temps la vessie est très intolérante, épaissie et indurée. Aujourd'hui, la lithotritie nouvelle n'exigeant pas l'introduction répétée des instruments, permettant d'extraire par l'aspiration les fragments amassés dans le bas-fond vésical, d'où la contractilité seule de l'organe serait impuissante à les chasser, peut triompher des obstacles créés par ces conditions. Le chirurgien devra redoubler de prudence et mettre toute son habileté en œuvre pour chercher et broyer les fragments situés au-dessous du col de la vessie avec le lithotriteur maintenu presque vertical, position dans laquelle les dégâts sont encore plus faciles à produire dans le réservoir urinaire.

Volume et nature du calcul. — Les indications les plus nettes de la taille sont fournies par *le volume* du calcul ou sa *nature*.

Jusque dans ces dernières années, on pouvait considérer comme très exacte la formule suivante acceptée par tous les chirurgiens : *toute pierre dont le diamètre dépassera cinq centimètres est réfractaire à la lithotritie et nécessite la taille, quelle que soit sa nature.*

Cette limite extrême n'était pas même admise par tous les chirurgiens; pour un grand nombre, un calcul de 4 centimètres de diamètre était déjà une contre-indication au broiement. Thompson avait fixé comme limite 2 1/2 et J. Paget ne voulait pas qu'on fît plus de trois séances.

Mais la question de volume ne saurait être distraite de la question de *consistance* : un calcul phosphatique mou, de 0,05 et plus, pourra être broyé et sera donc justiciable de la lithotritie nouvelle, tandis que pour une pierre d'acide urique, dure, atteignant et dépassant 4 centimètres, la taille doit être préférée (Le Fort) et pour les calculs d'oxalate de chaux dont la dureté est excessive, Le Fort, Thompson, n'admettent la lithotritie que jusqu'à 2 centimètres de diamètre.

Les limites de la lithotritie sont ici faciles à établir; elle ne doit renoncer qu'à ce qu'elle ne peut mécaniquement pas faire (Desnos). Il faudra donc pousser les manœuvres aussi loin que possible, chercher le sens dans lequel une pierre volumineuse peut être saisie, varier les instruments de préhension, tenter la fragmentation à l'aide de la percussion sur le lithotriteur avec le maillet et ne renoncer au broiement que si toutes les tentatives échouent.

Je répète ce que j'ai déjà dit plus haut : autorisées entre les mains d'un chirurgien rompu à cette pratique, ces manœuvres délicates et dangereuses ne sauraient être recommandées pour tous, et, pour ma part, je crois prudent, m'adressant à la généralité des opérateurs, de conseiller la taille avec un de ses procédés appropriés au cas particulier, toutes les fois que l'examen démontrera une pierre dépassant 5 centimètres de diamètre ou qu'une tentative de broiement indiquera une dureté excessive du calcul, celui-ci n'eût-il que 2 à 4 centimètres de diamètre.

A ce point de vue, la taille restera par excellence la méthode de traitement des calculs de gros volume ou de dureté excessive.

La taille étant reconnue nécessaire, à quel procédé de taille doit-on recourir ? Si l'on ne s'en rapportait qu'aux enseignements de la statistique qu'il est bon de connaître sans en exagérer la valeur, les procédés de la taille périnéale seraient bien supérieurs à la taille hypogastrique. Nous résumerons ici, en l'empruntant à M. Chanvel, le tableau de la mortalité pour les différents procédés de taille, dressé d'après les chiffres fournis par divers auteurs :

Cystotomie médiane..	10,7	p. 100
— latéralisée...	12,5	»
— bilatérale....	15,8	»
Lithotritie périnéale..	17,8	»
Taille hypogastrique....	26	»

Or, si l'on tient compte que les procédés suivis de la plus faible mortalité ne peuvent être employés avec succès que dans le traitement de calculs d'un volume médiocre, on arrive à faire entrer en ligne de compte un nouvel élément d'appréciation qui n'est autre que le volume du calcul.

Dulles a dressé un tableau fort intéressant que nous reproduisons ci-dessous, dans lequel les résultats sont, pour ainsi

dire, rigoureusement proportionnés au poids de la pierre et dont les conclusions sont toutes différentes de celles de la statistique ci-dessus.

POIDS	TAILLE LATÉRALE				TAILLE HYPOGASTRIQUE			
	Guérison	Mort	Total	Proportion	Guérison	Mort	Total	Proportion
Au dessous de 30 gr.	482	47	529	1:11,25	11	3	14	1:4,56
30 à 60	101	18	119	1:6,61	17	4	21	1:5,55
60 à 90	19	16	35	1:2,18	10	4	14	1:3,50
90 à 120	4	7	11	1:1,57	13	6	19	1:3,16
120 à 150	2	3	5	1:1,66	9	7	16	1:2,28
150 à 180	2	»	2	0:2,00	7	4	11	1:2,75
180 à 240	»	2	2	1:1,00	1	1	2	1:2,00

D'après ce tableau, il est évident que la taille latérale donne de bien meilleurs résultats que la taille sus-pubienne pour les calculs de moins de 30 grammes, qu'elle lui est légèrement supérieure pour les calculs de 30 à 60 grammes (1 : 6,61 pour 1 : 5,55); mais que pour les calculs de 60 à 90 grammes elle est inférieure à sa rivale (1 : 2,18 pour 1 : 3,50) et que cette infériorité va en s'accentuant pour les calculs dont le poids dépasse 90 grammes.

Or, aujourd'hui, à moins de conditions particulières sur lesquelles nous avons insisté plus haut, une pierre de 60 grammes est justiciable de la lithotritie rapide et la taille ne pourra être proposée d'emblée que pour les calculs dont les dimensions font présumer un poids plus élevé ou que leur dureté ne permet pas d'attaquer par les instruments lithotriteurs. Dans le premier cas, la concrétion dépasse 5 centimètres, dimension-limite que nous avons fixée; dans le deuxième, elle est d'une dureté excessive et ne dépasse pas 2, 3 ou 4 centimètres.

(A suivre.)

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

De l'aphasie et de ses différentes formes.

(Suite. — Voir les numéros 24 et 28.)

Pour compléter l'étude analytique des troubles du langage, M. Charcot avait à entretenir ses auditeurs de la surdité verbale. Moins heureux pour ce symptôme clinique que pour les précédents, il n'a pu appuyer ses développements de l'observation personnelle et directe d'un malade : de pareils cas sont rares; c'est en réunissant et en comparant entre eux ceux qui sont connus dans la science que le savant professeur a pu traiter cette partie intéressante de son sujet.

Le nombre des observations de surdité verbale que M. Charcot a pu ainsi rassembler s'élève à un total de quinze, sur lesquelles dix ont été suivies d'autopsie. Parmi les noms des auteurs qui ont publié ces faits, il faut mentionner plus particulièrement ceux de MM. Wernicke, Kussmaul, Schmidt en Allemagne, Broadbent en Angleterre, Magnan, Chauffard, Giraudeau, Chantemesse et d'Heilly en France. On trouve la relation de plusieurs de ces faits dans la thèse déjà citée de Mlle Skwortzoff. A M. Küssmaul revient le mérite d'avoir baptisé du nom de *surdité verbale* le symptôme en question, de l'avoir ainsi mis en lumière et d'avoir appelé sur les conditions dans lesquelles il se produit l'attention des observateurs.

Suivant une remarque très juste et déjà ancienne de M. Baillarger, remarque qui a précédé les recherches récentes sur la surdité verbale, il est des malades que l'on prend à tort pour des sourds ou des aliénés. Ces malades, en effet, ne sont pas sourds, car ils entendent parfaitement le plus léger bruit, le tic-tac d'une montre, le bruit que fait sur le parquet la chute d'une épingle, etc. Ils ne sont pas davantage aliénés ou déments, car par la parole, l'écriture ou la mimique ils expriment très nettement leurs idées et montrent que leur intelligence n'a subi aucune atteinte. Seulement, quand on leur parle, qu'on les interroge, ils regardent avec étonnement leur interlocuteur et font une réponse qui n'a aucun rapport avec la question posée. Ils entendent ce qu'on leur dit; mais le mot frappe leur oreille comme un simple bruit, sans éveiller dans leur esprit aucune idée. Ils se trouvent dans les conditions d'un individu entendant parler une langue étrangère qui lui serait complètement inconnue. Ces malades sont atteints de *surdité verbale* et tel est, dans toute sa simplicité, le tableau clinique de ce symptôme.

La surdité verbale coïncide le plus fréquemment avec quelque autre trouble du langage, mais elle peut exister à l'état isolé, et, suivant la remarque de M. Wernicke, elle ne s'accompagne généralement pas de paralysie. Ainsi, dans le fait de M. Giraudeau, il s'agit d'une femme qui avait souffert de violentes douleurs dans la tête, mais n'avait jamais présenté de symptômes de paralysie. Elle parlait un peu difficilement, mais écrivait assez bien pour fournir des renseignements précis sur son état actuel et sur ses antécédents. Quand on l'interrogeait, il fallait répéter plusieurs fois la question pour obtenir une réponse appropriée à cette question; la surdité verbale était à la fois isolée et incomplète.

On rencontre un autre exemple de ce genre chez un malade dont M. Franken a publié l'observation en 1880. Un tailleur, âgé de cinquante-neuf ans, se trouve tout à coup, sans présenter aucun symptôme de paralysie, dans l'impossibilité absolue de parler, de lire, d'écrire et de comprendre ce qu'on lui dit. Il donne néanmoins des signes incontestables d'intelligence. Il va toujours à l'atelier et travaille comme d'habitude. Au bout de trois semaines, il commence à parler, ayant toutefois encore de la peine à trouver les substantifs. Puis il peut écrire et noter sur son agenda ses petites affaires. La lecture revient en même temps; le malade lit un journal et retient le sens de ce qu'il lit. A ce moment, la surdité verbale persiste seule. Mais elle n'est pas complète, car le malade comprend un mot quand on le lui répète trois ou quatre fois. Souvent il le répète lui-même plusieurs fois et, par le mouvement de sa langue et de ses lèvres, finit par le comprendre. Le centre des mouvements de la parole vient ici en aide au centre de l'audition, comme on a vu, dans l'observation de cécité verbale rapportée dans un précédent article, les notions fournies par le centre des mouvements de l'écriture venir réveiller le centre de la vision des mots.

Nous avons dit plus haut que, sur quinze observations réunies par M. Charcot, dix ont été suivies d'autopsie. Dans tous ces cas, la lésion siégeait à gauche. Le plus souvent, la surdité verbale coïncidait avec un autre trouble de la parole et la lésion, au point de vue des régions ou des centres qu'elle intéressait, présentait ainsi une plus ou moins grande complexité. Ainsi, dans quatre cas, la circonvolution de Broca était lésée directement; dans trois autres, elle l'était indirectement par compression. Dans un autre, où la cécité verbale s'ajoutait à la surdité des mots, le pli courbe était intéressé. Dans tous ces cas, néanmoins, on a relevé une lésion constante, celle de la première circonvolution temporale gauche. De plus,

dans l'observation la plus probante, celle de M. Giraudeau, où la surdité verbale était isolée, le siège de la lésion (sarcome névroglique) était dans cette même circonvolution. La démonstration clinique semble donc complète.

Mais comment rattacher la lésion au trouble fonctionnel qui la traduit, ou quelle est, en d'autres termes, la physiologie pathologique de la surdité verbale?

Suivant M. Charcot, ayant même le contrôle de l'anatomie pathologique et de par le seul fait du symptôme clinique, on doit admettre l'existence d'un centre d'audition verbale qui peut se confondre en partie avec le centre d'audition commune, mais qui n'en est pas moins fonctionnellement distinct. Les images auditives se déposent en ce centre et il s'établit entre lui et le centre d'idéation commune des communications en vertu desquelles les images évoquées dans le premier éveillent dans le second les idées et réciproquement.

On saisit mieux le phénomène en se renfermant dans l'observation intérieure. Quand une idée vient à l'esprit et qu'on veut l'exprimer par le langage parlé, elle évoque l'image tonale du mot, celui-ci résonne à l'oreille, on entend le son des paroles qu'on va prononcer; il y a là comme une sorte d'hallucination. Mais supposons que, par suite d'un trouble circulatoire, le centre de l'audition des mots vienne à souffrir dans sa nutrition, la double fonction d'enregistrer les images tonales et au besoin de les ressusciter sera compromise; le mot répondra plus ou moins difficilement à l'évocation de l'idée; il y aura, à un degré plus ou moins marqué, amnésie verbale. C'est ce qu'on observe assez fréquemment, même à l'état normal. On se souvient d'une personne bien connue, on la voit dans tous ses détails, avec les traits particuliers qui la caractérisent, et l'on ne peut retrouver son nom.

Si, au lieu d'un trouble circulatoire passager, on suppose une lésion plus grave du centre de l'audition des mots, si, par exemple, ce centre est détruit, les images auditives cessent d'être perçues et par conséquent d'entrer en relation avec les idées correspondantes : il y a alors surdité verbale. Celle-ci n'est, à vrai dire, comme on le voit, qu'un degré avancé de l'amnésie verbale. Dans l'amnésie, on peut répéter les mots qu'on entend dire; dans la surdité verbale, la chose est impossible, à moins que le malade, en répétant les mouvements de la langue et des lèvres qu'il voit faire à son interlocuteur, ne supplée à l'image auditive par l'image motrice ou musculaire du mot.

Pour bien comprendre les détails qui précèdent, il est bon de savoir que M. Charcot distingue quatre centres pour les fonctions du langage : le centre de la mémoire auditive des mots, le centre de la mémoire visuelle, le centre des mouvements de la parole, le centre des mouvements de l'écriture. Ces divers centres sont unis les uns aux autres. On peut représenter par un schéma bien simple les connexions qui les relient entre eux en les plaçant aux angles d'un rectangle dont les diagonales sont tirées; on voit que chaque angle communique avec chacun des trois autres par un côté ou par une diagonale.

Les notions fournies par les quatre centres, notions auditives, notions visuelles, notions motrices, peuvent se suppléer les unes les autres. On vient de voir comment un individu atteint de surdité verbale peut suppléer à l'image auditive par l'image musculaire du mot. M. Charcot fait remarquer à ce sujet que le langage intérieur, dont il vient d'être question, n'est pas toujours employé dans le langage parlé; il est des personnes qui ont ce que M. Galton a appelé la *vision intérieure*, c'est-à-dire qu'elles voient les mots qu'elles prononcent comme s'ils étaient écrits. Elles remplacent ainsi les images tonales ou auditives par des images visuelles.

Suivant que, dans le langage parlé, on évoque de préférence les images auditives, visuelles ou motrices, on peut établir trois catégories d'individus et les désigner simplement par les mots de : *auditifs, visuels, moteurs*. On comprend que lorsqu'une lésion porte sur le centre de l'audition, le trouble du langage est plus prononcé chez un *auditif* que chez un *visuel* ou un *moteur*. Une remarque analogue s'applique aux cas où la lésion a pour siège un autre centre. On s'explique ainsi comment une même lésion, localisée dans un même point, ne produit pas toujours identiquement les mêmes effets.

Ceci nous conduit à des considérations d'un ordre élevé, que M. Charcot a exposées en faisant la synthèse des différentes formes d'aphasie; nous y reviendrons dans un prochain article.

(*A suivre*).

Dr F. DE RANSE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 juillet 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

RECHERCHES SUR LA DESTRUCTION ET L'UTILISATION DES CADAVRES DES ANIMAUX MORTS DE MALADIES CONTAGIEUSES, ET NOTAMMENT DU CHARBON, par M. AIMÉ GIRARD.

Les cadavres des animaux morts de maladies contagieuses et particulièrement du charbon sont devenus aujourd'hui pour l'agriculture un embarras sérieux.

Je me propose de faire connaître un procédé de destruction qui, sans qu'il soit nécessaire de dépecer le cadavre de l'animal, le solubilise en entier, détermine du même coup la mort de tous les éléments virulents, et enfin permet de retirer de la matière ainsi traitée un profit sérieux, encore quoique modeste.

Ce procédé consiste à dissoudre à froid dans l'acide sulfurique concentré le cadavre de l'animal, pour ensuite utiliser le liquide ainsi obtenu à la production d'un superphosphate de chaux azoté.

L'action que les acides minéraux exercent sur les diverses matières dont le corps des animaux est formé est depuis longtemps connue; les analystes y ont recours pour la recherche des poisons, les fabricants d'engrais chimiques utilisent pour leurs mélanges des matières azotées (cuirs, déchets, etc.), dissoutes dans l'acide sulfurique, et enfin l'on ne saurait oublier qu'en 1868 Boucherie a proposé de traiter les cadavres des animaux par l'acide chlorhydrique bouillant; mais, dans ces divers procédés, c'est toujours en recourant à l'emploi de la chaleur artificielle que la solubilisation de la matière animale a été obtenue.

Ce recours à la chaleur artificielle est cependant difficilement compatible avec les conditions ordinaires du travail agricole, et c'est aux difficultés qu'il présente que ces divers procédés doivent de n'avoir point été adoptés par les cultivateurs.

L'action de la chaleur n'est cependant en aucune façon nécessaire dans ce cas; l'acide sulfurique, par exemple, pourvu qu'il soit moyennement concentré (de 60° à 45°), dissout rapidement et solubilise à froid toutes les matières dont le corps des animaux est formé.

Le fait est facile à vérifier; il suffit de mettre le cadavre d'un animal quelconque en contact avec une quantité d'acide sulfurique à 60°, suffisante pour le noyer, pour qu'au bout de vingt-quatre

heures, quarante-huit heures au plus, le cadavre entier : chair, sang, viscères, os, poils ou laine, ait disparu, ne laissant à sa place qu'un sirop coloré qne surnage la graisse détachée des tissus et liquéfiée par la chaleur de la réaction.

C'est ce procédé que j'ai appliqué et que je propose pour la destruction des cadavres des animaux morts de maladies contagieuses. Depuis trois ans, je l'ai à plusieurs reprises expérimenté sur une assez grande échelle à la ferme de la Faisanderie, à Joinville-le-Pont, et dans tous les cas l'expérience a été satisfaisante.

Loin de coûter au cultivateur, la destruction des cadavres des animaux morts de maladies contagieuses, et même des animaux morts de maladies ordinaires, dont on ne sait guère tirer parti à la ferme, peut lui procurer un bénéfice.

L'acide sulfurique azoté, en effet, marquant 43° environ, conserve, malgré la présence de la matière animale dissoute, toute son aptitude à attaquer les phosphates de chaux naturels, en même temps qne, riche à 0,80 d'azote, à 0,50 environ d'acide phosphorique soluble, il apporte, dans la préparation des superphosphates, des éléments de fertilité qu'il convient de ne pas négliger.

Une opération exécutée ces jours derniers, au moyen de produits quo la Compagnie de Saint-Gobain avait libéralement mis à ma disposition, m'a permis de me rendre compte des résultats économiques que le traitement par l'acide sulfurique peut produire. Une quantité d'acide sulfurique à 60°, égale à 321 kilog., a dissous, en dix jours, neuf moutons dont le poids total s'élevait à 204 kilog. Des 525 kilog. d'acide azoté ainsi obtenus, j'ai retiré 25 kilog de graisse environ et 500 kilog. d'acide qui, mis en contact avec 440 kilog. de coprolithes pauvres des Ardennes, m'ont fourni 940 kilog. de superphosphate contenant 0,36 pour 100 d'azote; 5,86 d'acide phosphorique soluble, 1,77 d'acide phosphorique insoluble; superphosphate dont la valeur, jointe à celle de la graisse, représente environ 83 fr. La valeur de l'acide et des coprolithes employés représentant d'ailleurs 46 fr. environ, il résulte de l'opération un bénéfice de 37 fr., soit, pour chacun des neuf cadavres immergés, une valeur de 4 fr. environ.

L'installation des cuves d'immersion, la manutention des acides, le travail du superphosphate peuvent d'ailleurs, à l'aide de dispositions simples, être rendus aussi faciles que peu dangereux pour le cultivateur.

Recherches sur la courbe de secousse musculaire des différentes maladies du système neuro-musculaire. Note de M. Maurice Mendelssohn.

Mes recherches, faites avec les procédés myographiques de M. Marey dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, ont porté sur un très grand nombre de malades (femmes), dont quelques-unes ont été plusieurs fois examinées pendant les cinq années qu'ont duré ces recherches; j'ai pu ainsi les observer aux différentes périodes de l'évolution de leur maladie chronique. Je me suis assuré, dans le cours de ces recherches, que les altérations nutritives et fonctionnelles d'un muscle malade ne se traduisent pas autant par les modifications de la durée et de l'amplitude de la courbe de secousse musculaire que par les changements de son caractère et de sa forme. Voici quelques-uns des résultats que j'ai obtenus :

Dans l'*hémiplégie de cause cérébrale*, le caractère de la courbe musculaire ne change que quand les complications surviennent. Déjà bien avant que la contracture tardive soit évidente, on peut observer quelques modifications de la courbe musculaire, se traduisant par une augmentation de son amplitude et la brusquerie de son ascension, tandis que sa descente, brusque au début, tend de plus en plus à s'allonger et ne revient à l'abcisse qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Cette courbe, qui ressemble beaucoup à celle d'un muscle vératrinisé, révèle l'*imminence d'une contracture future*, qui en ce moment-là échappe encore à l'observation clinique. L'amplitude de la courbe peut diminuer à mesure quo la contracture se développe; quand celle-ci est à son maximum, le muscle peut ne plus réagir. Jusque-là, la courbe avait conservé toujours son caractère de brusquerie, qui ne commence à disparaître qne quand la contracture fait place à l'atrophie musculaire. A cette période, le temps perdu et la durée de la secousse augmentent, la contraction se fait aussi lentement que la décontraction, l'amplitude de la courbe diminue de plus en plus, et cette dernière revêt le caractère d'une courbe de muscle fatigué.

Les limites de cette communication ne me permettent pas d'entrer dans les détails de mes recherches, qui paraîtront sous peu dans les Archives de physiologie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance comprend : 1o Un mémoire intitulé : « De l'influence du casernement des troupes sur le développement de la fièvre typhoïde », par M. Follet; — 2o une note sur le traitement du choléra, par M. le docteur Boyaux (de Bricon); — 3o une note adressée par Mme Octaviani, sage-femme à l'Hôtel-Dieu d'Auxerre, sur trois cas de monstruosités.

— Elections. — *Prix*. — Sont nommés membres des commissions de prix pour l'année 1883 :

Prix de l'Académie. — MM. A. Guérin, A. Verneuil, Gosselin.

Prix Portal. — MM. Hérard, Laboulbène et Peter.

Prix Civrieux. — MM. Charcot, Proust et Mesnet.

Prix Capuron. — MM. Bergeron, Roger et Barthez.

Prix Barbier. — MM. Jaccoud, Lancereaux et Noël Gueneau de Mussy.

Prix Godard. — MM. Le Fort (Léon), Polaillon et Perrin.

Prix Desportes. — MM. Moutard-Martin, Bourdon et C. Paul.

Prix Buiguet. — MM. Gariel, Berthelot et G. Bouchardat.

Prix Vernois. — MM. Roussel, H. Gueneau de Mussy et Colin (Léon).

Prix Amussat. — MM. Guyon, Lannelongue et Richet.

Prix Huguier. — MM. Bernutz, Depaul et Labbé.

Prix Saint-Paul. — MM. Dujardin-Beaumetz, Marrotte et Féréol.

— Le choléra en Egypte, son origine, ses dangers pour l'Europe. — M. Fauvel annonce qu'il se propose de faire un exposé succinct de la situation en Egypte, de l'origine de l'épidémie, et d'exposer les chances que l'Europe a d'en être préservée. Il raconte d'abord comment, deux fois de suite, l'année dernière, en juillet, puis en août, l'Egypte se trouva, par le fait des Anglais, exposée à être envahie par le choléra. A cette époque, des mesures furent prises, grâce auxquelles on put arrêter cette maladie dans sa marche. Mais, depuis lors, l'Angleterre, étant devenue toute-puissante en Egypte, usa de cette toute-puissance pour entraver tous les effets des autorités sanitaires.

Ses dispositions à ce sujet se manifestèrent dès le mois d'avril. A l'occasion d'une recrudescence cholérique survenue à Bombay, en avril et en mai, le conseil sanitaire de Constantinople et celui d'Alexandrie avaient décidé qu'il y avait lieu de soumettre à la quarantaine les provenances de Bombay. Mais l'autorité anglaise intervint à propos de pèlerins indo-javanais que le conseil voulait maintenir en quarantaine.

Par l'entremise de son délégué, l'autorité anglaise prétendit que la question n'étant pas prévue par les règlements, le conseil n'avait pas le droit de la trancher d'urgence, et qu'il fallait la renvoyer à l'étude d'une commission spéciale, c'est-à-dire l'ajourner indéfiniment. C'est, ajoute M. Fauvel, comme si, quand une maison est en feu, on renvoyait à une commission le point de savoir s'il serait bon d'appeler les pompiers pour l'éteindre Comme un certain nombre de membres protestaient contre cette prétention, le délégué anglais et ses adhérents (on en a toujours quand on possède le pouvoir et qu'on dispose des places) quittèrent la salle des

séances, de manière que le conseil ne se trouvât plus en nombre pour voter. Cette tactique fut renouvelée plusieurs fois, la dernière avec menaces de la part du délégué anglais, si bien que grâce à la suspension de toute action du conseil sanitaire, l'omission de toute précaution contre les provenances de l'Inde eut lieu dès la fin du mois dernier.

La Porte, instruite de ce qui se passait, fit des menaces de représailles contre l'Egypte, et l'administration égyptienne se décida à rétablir, du moins en apparence, les mesures supprimées; mais il était trop tard : le choléra éclata à Damiette, et il fut permis de remonter à la source du mal. On reconnut qu'il avait été importé par des marchands de Bombay venus pour une foire. On constata en outre qu'un chauffeur débarqué d'un navire anglais suspect s'était rendu à Damiette. Ainsi le choléra avait été en Egypte le résultat d'une importation par l'Angleterre. En vain le gouvernement anglais, intéressé à ne voir dans l'épidémie qui s'était produite à Damiette, que le résultat de causes d'insalubrités locales, fit intervenir l'autorité d'un des plus éminents praticiens de l'Angleterre. En vain celui-ci affirma-t-il que l'épidémie en question resterait localisée et n'aurait pas de suite. La marche de la maladie est venue bientôt démentir ces affirmations un peu basardées.

L'épidémie a pris les développements les plus étendus, malgré les cordons sanitaires qu'on a voulu lui opposer. Le choléra a fait invasion au Caire vers le 14 juillet; on sait déjà avec quelle rapidité il s'y propage, mais on ignore encore dans quelles proportions, attendu que l'autorité anglaise, qui s'est emparée du service sanitaire, ne publie que ce qu'il lui convient de faire connaître. Le nombre des morts, dit M. Fauvel, ne doit pas être moindre de 500 par jour dans cette ville. De ce foyer la maladie va s'étendre à toute l'Egypte. Le premier soin de l'autorité anglaise a été de mettre autant que possible les troupes britanniques à l'abri de l'épidémie, en les envoyant camper dans l'isolement, à quelque distance de la ville.

Il n'est pas douteux qu'Alexandrie, où le choléra a décidément fait son apparition, ne soit bientôt envahie, et alors commencera pour l'Europe une période de grand danger. M. Fauvel passe en revue les mesures qui ont été prises dans les divers pays pour écarter ce danger.

Les prescriptions quarantenaires sont plutôt exagérées qu'insuffisantes partout en Europe, et si l'on en jugeait par la sévérité de ces prescriptions, on pourrait se croire parfaitement garanti de l'invasion du fléau. Malheureusement autre chose est la prescription, autre chose est l'exécution, et il est à craindre que celle-ci ne fasse défaut sur quelques points.

En Syrie, il existe un grand lazaret à Beyrouth, et une croisière vigilante est établie pour empêcher toute importation égyptienne, mais les fuyards pourront toujours y aborder en barque. Constantinople est aussi menacée et, si le choléra y pénètre, il sera impossible de l'empêcher de se répandre en Roumanie, en Bulgarie, en Russie. La Grèce, moins commerçante, échappera peut-être.

L'Italie a édicté dernièrement les précautions les plus sévères contre les provenances contaminées, mais il est à craindre que les bonnes intentions du gouvernement restent inutiles avec des moyens d'action insuffisants et les habitudes invétérées des agents chargés de l'exécution. L'Espagne est fort peu en danger. Quant au littoral français, les mesures qu'on y pratique depuis le début de l'épidémie permettent d'affirmer qu'il y a bien peu de chance pour que le choléra pénètre en France de ce côté. Mais il viendra vite par les frontières de terre une fois qu'il aura envahi un pays voisin.

L'Angleterre se trouve protégée par la longueur de la traversée, qui est au moins de quatorze jours à partir de Suez. C'est cette longueur de la traversée qui la protège incessamment contre les importations de l'Inde. Pour que le choléra l'atteigne, il faut qu'il lui vienne des côtes de la Manche ou de la mer du Nord.

L'intensité même de l'épidémie en Egypte est une raison de croire qu'elle s'y éteindra vite. Si l'Europe peut se protéger durant un mois encore, elle a bien des chances pour échapper à cette épidémie.

En résumé, conclut M. Fauvel, l'épidémie de choléra asiatique qui sévit en Egypte aujourd'hui y a été importée de l'Inde.

Cette importation est la conséquence de la suppression des mesures préventives qui défendaient ce pays.

La responsabilité en revient tout entière à l'autorité anglaise, venant à l'appui de la théorie mercantile imaginée dans l'Inde.

L'Europe aujourd'hui est grandement menacée de l'invasion du fléau; mais, grâce aux mesures défensives instituées de toutes parts et à la probabilité que l'épidémie aura une courte durée en Egypte, il y a espoir fondé que l'Europe ne sera pas envahie.

— M. Jules Guérin objecte d'abord à M. Fauvel l'impossibilité complète pour tout autre membre de l'Académie de contrôler les faits qu'il invoque.

Ces faits semblent prouver que le choléra est bien le résultat d'une importation, et qu'il est possible de l'arrêter par des quarantaines. M. Guérin, sans entrer dans la discussion et en s'en référant à ses discours passés, à ses anciens travaux, tient à faire ses réserves contre cette théorie qui l'emporte aujourd'hui. Il rappelle qu'il fut un temps où l'Académie de médecine était tout entière, ou à peu près, anticontagionniste A cette époque, parler de contagion, c'était se faire montrer au doigt. A présent les choses ont changé; mais on oublie peut-être trop vite les études antérieures. Le mémoire de M. Fauvel est fort ingénieux, comme tous ses travaux; mais il ne convaint pas M. Guérin, qui reste fidèle aux convictions de toute sa vie.

M. Fauvel déclare qu'aujourd'hui il n'est plus possible de croire à un choléra naissant sur place dans les contrées européennes. On n'a jamais vu qu'il en fut ainsi. Il est impossible de citer une seule épidémie qui ne soit le résultat d'une importation en Europe.

M. Bouley : Autrefois on ne croyait pas à la contagion du choléra. Mais ce qui se passe actuellement en Egypte est une expérience faite en grand, une expérience magnifique au point de vue de la démonstration. Comment, depuis près de 20 ans, une commission sanitaire avait pu protéger l'Europe par sa vigilance et l'emploi de mesures quarantenaires en temps opportun. Survient l'Angleterre, qui se rend maîtresse de l'Egypte. Dans un but de lucre, elle supprime toutes les mesures de protection; aussitôt le choléra déborde. Et l'on voudrait nier qu'il soit contagieux!

M. Jules Guérin objecte l'existence de phénomènes prémonitoires qui sont déjà le choléra, bien que paraissant le précéder. Souvent, quand on croit trouver l'origine d'une épidémie, son point de départ, l'individu qui l'a transportée, on oublie que, depuis un certain temps déjà, il y avait des cas ébauchés dans le pays où elle éclate. Le terrain se prépare graduellement avant que le germe n'y prospère; aussi, sans nier absolument l'action du germe en pareil cas, M. Jules Guérin voudrait qu'on ne perdît pas de vue les questions de terrain.

Souvent, sans qu'on prenne aucune précaution, on voit les germes d'importation échouer tous, et la maladie n'éclate pas. C'est ce qui est arrivé, par exemple, lors d'une des dernières expositions universelles.

M. Fauvel : Il n'y avait de choléra nulle part, lors de la dernière exposition.

M. Jules Guérin : Ce n'est pas celle-là; mais une autre.

M. Proust : Laquelle?

M. Jules Guérin : Je suis absolument certain du fait et j'en apporterai la preuve. Lors d'une de nos grandes expositions, le choléra existait dans plusieurs parties de l'Europe et il ne nous a pas atteints.

La discussion est remise à la semaine prochaine.

M. Rochard aurait demandé que l'Académie se prononçât à l'instant même, afin qu'on vît bien que M. Guérin était seul de

son opinion, si la continuation annoncée de la discussion n'avait pas dû fournir aux membres de l'Académie l'occasion de manifester plus clairement leur opinion. Il n'insiste donc pas sur l'urgence d'un vote.

— De la consolidation des fractures chez les diabétiques. — M. Verneuil lit un travail portant sur cinq faits de fractures survenues chez des diabétiques, dans trois desquels la consolidation a manqué ou s'est fait attendre sans autre cause bien nette que le diabète.

Il conclut en ces termes :

1o Le retard et l'absence de consolidation constatés dans trois cas de fracture semblent devoir être rapportés à la dyscrasie simultanément reconnue, c'est-à-dire au diabète ;

2o Ce retard et cette absence de consolidation impliquent nécessairement un ralentissement ou une suppression du travail réparateur, forme particulière de la nutrition ;

3o D'où il est permis de conclure que le diabète, lorsqu'il entrave ou empêche la formation du cal, traduit au moins, si même il n'occasionne pas directement, la diminution ou la suppression de la nutrition.

— M. Bergeron regrette de ne plus voir M. Jules Guérin dans la salle. Il regrette de ne pas avoir eu la présence d'esprit de parler quand il était encore là. Il ne voudrait cependant pas qu'on pût se tromper sur les impressions de l'Académie, et que l'Angleterre pût supposer des divergences d'opinion dans cette assemblée prise en masse. Il faut que les applaudissements qui ont accueilli le discours de M. Fauvel et les marques d'improbation qui se sont fait entendre quand M. Jules Guérin paraissait vouloir diminuer la responsabilité morale de l'Angleterre, soient consignés au procès-verbal.

M. Béclard : Ils y seront consignés.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juillet 1883. — Présidence de M. Millard.

Ataxie locomotrice. — M. Desnos demande la parole à l'occasion du procès-verbal et touchant les faits d'ataxie locomotrice rapportés par M. Debove dans la dernière séance. Il admet parfaitement pour la majorité des cas les conclusions du mémoire de M. Debove tirées des recherches microscopiques, mais il est aussi des cas, dit-il, où l'on observe les symptômes caractéristiques de l'ataxie locomotrice alors qu'il n'existe encore que des lésions très superficielles.

Il rappelle tout d'abord le malade de son service atteint d'ataxie locomotrice, mourant accidentellement d'une variole contractée dans la salle, et chez lequel l'autopsie ne révéla que des altérations congestives de la moelle.

Il invoque ensuite l'observation toute récente d'un autre malade entré au mois de mai dernier à la Charité. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans, fatigué à la fois par la préparation de ses examens et par des excès vénériens, et qui venait se faire soigner pour des douleurs musculaires dans les membres inférieurs.

A la suite d'un premier examen, un peu superficiel il est vrai, M. Desnos avait diagnostiqué un rhumatisme. Mais quelques jours plus tard la situation s'aggravait, le malade éprouvait des élancements rapides, instantanés, ainsi qu'une constriction pénible dans les mollets, surtout en marchant ; la sensibilité était intacte ; le malade talonnait lorsqu'il marchait, et, les yeux fermés, il titubait et serait infailliblement tombé si on ne l'avait soutenu ; il ne pouvait non plus, dans ces conditions, rester debout sans chanceler. Enfin, comme antécédents, il avouait avoir eu la syphilis quelques années auparavant. En présence de ces accidents, M. Desnos crut pouvoir conclure à l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique et institua le traitement spécifique mixte, c'est-à-dire 5 centigrammes de protoiodure et de 4 à 5 grammes d'iodure, ainsi qu'une dose égale de bromure de potassium.

Dès le 18 juin, une certaine amélioration se déclarait, les douleurs fulgurantes tendaient à disparaître, la marche et la station debout étaient moins difficiles. Cette amélioration faisait bientôt de tels progrès que dix jours plus tard, le 28 juin, le malade marchait très bien, comme tout le monde, et paraissait complètement guéri. Depuis quinze jours, M. Desnos a revu deux fois son malade et la guérison semble se maintenir. Il n'y a point là de sclérose, mais bien une lésion superficielle.

Cette communication est l'objet d'une discussion à laquelle prennent successivement part :

1o M. Dujardin-Beaumetz, qui rappelle combien les faits de guérison sont rares dans l'ataxie locomotrice. M. Fournier n'en cite que 2 cas. Sur 90 ataxiques, on peut dire que, coïncidence ou non, 85 sont des syphilitiques. Un fait à remarquer, dit-il, c'est que si l'on n'obtient que très rarement de bons résultats de l'application du traitement spécifique aux malades atteints d'affection tabétique, par contre ce même traitement produit rapidement des effets merveilleux dans les cas de syphilis cérébrale et médullaire, celle-ci prise au point de vue de la paraplégie et de certains troubles médullaires autres que l'ataxie.

2o M. Debove : L'ataxie locomotrice est une affection essentiellement chronique à marche très lente, dont l'évolution exige un grand nombre d'années, tandis que dans le cas rapporté par M. Desnos il s'agirait d'une ataxie à marche aiguë. Il ne connaît dans la science aucun autre fait semblable. Il y aurait là une affection médullaire différente de l'ataxie locomotrice vraie.

3o M. Guyot ne croit pas que l'on rencontre autant de syphilitiques parmi les ataxiques, et cite deux observations d'ataxiques qui n'avaient jamais eu la syphilis. Chez l'un d'eux, il a obtenu une demi-guérison.

4o M. Martineau partage l'opinion de M. Guyot et croit plutôt à la coïncidence des deux affections (syphilis et ataxie) qu'à l'origine syphilitique de l'ataxie.

Isolement des varioleux. — L'isolement des varioleux, tel qu'il est appliqué, laissant encore beaucoup à désirer, M. Vidal demande qu'il soit nommé une commission de 12 membres, laquelle sera chargée d'élaborer un projet de règlement touchant cette question.

La proposition de M. Vidal est acceptée. Sont nommés membres de la commission : MM. Besnier, Brouardel, Léon Colin, d'Heilly, Dujardin-Beaumetz, Dumontpallier, Hervieux, Lailler, Rathery, Tennesson, Vallin et Vidal.

Cancer du pylore et laparotomie. — M. Debove fait une communication intitulée : « Contribution à l'étude du cancer de l'estomac et de la laparotomie ».

Il s'agit d'un homme de 56 ans, sans antécédents héréditaires, et qui avait toujours joui d'une excellente santé jusqu'au mois de novembre dernier, époque où il remarqua que son appétit diminuait et que la viande lui répugnait particulièrement. Quelques douleurs d'estomac apparaissent au mois de mars et durent quelques jours seulement. Vomissements à la fin d'avril, survenant dans la demi-heure qui suit le repas ; les aliments sont rejetés presque inaltérés, même après un assez long séjour dans l'estomac ; point d'hématémèse, point de sang dans les selles. Evacuants, révulsifs, eaux alcalines et régime lacté, restent sans effet. Le malade entre à l'hôpital ; amaigrissement considérable (42 livres), face bronzée, tirée, mais non cachectique, vomissements incessants de tous aliments liquides ou solides, de telle sorte que le malade est à la fois tourmenté par la faim et par la soif. Nulle douleur dans la région épigastrique, spontanée ou à la pression. Pas de dilatation de l'estomac. On cherche avec soin l'existence d'une tumeur, et sur les résultats de cette exploration les avis sont partagés ; les uns, avec M. Verneuil, perçoivent sur les limites de l'hypochondre et de l'es-

tomac un empâtement; les autres, notamment MM. Debove et Brouardel, ne constatent rien d'autre qu'un léger abaissement du foie.

La première indication étant d'arrêter les vomissements, vu le dépérissement général, on pratique le lavage de l'estomac avec plusieurs litres d'eau, soit pure, soit chargée de bicarbonate de soude. Cette eau sort de l'estomac aussi limpide qu'elle est entrée, et les vomissements persistent avec la même ténacité. L'alimentation artificielle par la sonde, qui, dans maintes circonstances, a rendu de grands services, reste sans effet. Cependant les aliments ainsi introduits, avec addition d'eau glacée dans le but d'anesthésier la muqueuse stomacale, ne sont plus rejetés qu'au bout de neuf heures, mais sans avoir subi aucun commencement de digestion. Aussi l'état général continue-t-il à s'aggraver, et dans l'espace de sept jours le malade perd encore de son poids 2 kilogr. La mort, dans ces conditions, était à peu près fatale et à brève échéance. De là la nécessité d'intervenir chirurgicalement. Il était certain qu'il s'agissait d'une obstruction pylorique, pouvant résulter de la présence d'un cancer, mais d'un cancer non ulcéré, le lavage de l'estomac n'ayant jamais donné qu'un liquide parfaitement clair. Et cependant la présence d'une tumeur n'avait rien de prouvé. M. Verneuil croyait la sentir; MM. Bronardel et Debove la considéraient comme très problématique.

Que faire dans ces conditions ? Une laparotomie exploratrice ? Celle-ci fut décidée sur l'avis unanime de MM. Verneuil, Brouardel, Dujardin-Beaumetz, Dumontpallier et Debove, et pratiquée le 12 juin par M. Verneuil. L'abdomen ouvert, on reconnut l'existence d'un cancer de l'estomac et d'une généralisation au grand épiploon et au péritoine. Sans chercher à préciser davantage le rapport des parties malades, on pratiqua immédiatement la suture de l'incision abdominale. Le lendemain, le malade succombait sans avoir éprouvé d'autres souffrances qu'une soif vive et un malaise général. La cause de la mort fut très vraisemblablement le choc opératoire chez un malade inanitié.

Autopsie : Ni liquide ni fausses membranes dans la cavité abdominale; grosse tubérosité de l'estomac légèrement dilatée; région pylorique cachée par le foie; noyaux cancéreux en quantité considérable dans le grand épiploon, dont la situation étalée à la surface du foie avait donné la sensation d'empâtement constatée par M. Verneuil et les autres personnes qui avaient exploré la région épigastrique. Foie normal; diaphragme couvert de granulations cancéreuses dans sa partie en contact avec le grand épiploon. Tumeur volumineuse du pylore (carcinome colloïde), absolument cachée par le foie, sans adhérences avec les parties voisines; l'orifice pylorique rigide admet sans difficulté le doigt indicateur; légères exulcérations très superficielles de la muqueuse à son niveau; petits nodules cancéreux apparaissant en ce point comme des vésicules transparentes. Nulle dilatation de l'intestin; colonies de granulations cancéreuses tant sur le feuillet pariétal que sur le feuillet viscéral du péritoine. Reins : un peu de néphrite interstitielle au début; organes thoraciques absolument normaux.

En résumé, il s'agissait d'un cancer de l'estomac qui s'éloignait par bien des côtés du type classique. De plus, ce qui est surtout anomal, c'est qu'un cancer, non encore arrivé à la période d'ulcération et permettant l'introduction de l'indicateur dans l'orifice pylorique, ait amené des accidents incoercibles portant sur les liquides et les solides, mettant directement en danger les jours du malade, et le faisant souffrir de la faim et de la soif.

Varèle.

FORMULAIRE

Emulsion éthérée d'huile de foie de morue.

Rec. Huile de foie de morue. 1000 grammes.
Ether. . . . . : 40 —

M. - -. — A conserver dans un flacon bien bouché.

Cette préparation convient aux malades qui éprouvent une grande répugnance pour l'huile de foie de morue. Elle est très bien tolérée par les organes digestifs; de plus, elle a l'avantage de ne pas rancir.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'alimentation dans l'anorexie.

L'anorexie est un symptôme pour lequel bien souvent on nous consulte, et, avouons-le, nous ne sommes pas toujours heureux dans le traitement préconisé. J'entends parler, bien entendu, de l'inappétence qui n'est pas le résultat d'une gastrite ou gastroentérite et qui n'est liée par conséquent à aucun phénomène morbide autre que l'anémie plus ou moins dyspeptique qui l'accompagne fatalement.

Sans doute les amers impriment une activité plus grande au dynamisme des organes digestifs et suractivent les glandes sécrétoires, mais n'est-ce pas en faire un étrange abus que de les prescrire dans le cas qui nous occupé, et croit-on qu'il soit bien rationnel de donner ce coup de fouet au système digestif temporairement atone ? Nous avons tout lieu d'en douter. Sans parler, en effet, des contre-indications assez nombreuses qui s'adressent aux amers, il est certain que les malades qui y ont recours se voient le plus souvent dans l'obligation d'en continuer l'usage assez longtemps; or cette prolongation même finit par révolter l'estomac après en avoir émoussé la sensibilité; il survient de la sécheresse de la langue, des nausées, parfois du pyrosis et finalement de nouveau la perte de l'appétit.

Empressons-nous d'ajouter que les amers astringents, dont le quinquina est le type, constituent des toniques diffusibles, dont on ne saurait nier la réelle valeur; l'élément tannique qu'ils renferment les rend particuliérement précieux dans les cas où le relâchement de la muqueuse digestive accompagne l'augmentation des sécrétions, dans la gastrorrhée, la diarrhée atonique, etc...

Pour en revenir au traitement de l'anorexie, la diète nous donnerait sans doute d'excellents résultats si avec elle nous ne nous replongions plus avant dans ce cercle vicieux : anémie, dyspepsie. L'indication vraie paraît donc se résoudre en ces termes : *Nourrir sans fatiguer; donner des aliments nutritifs, peu encombrants et facilement assimilables.* Je me suis généralement bien trouvé de l'administration du jus de viande, de gelées et surtout de viande crue hachée associée à de la pepsine. Malheureusement ces boulettes de viande crue ont le grand inconvénient d'engendrer souvent le ténia, d'être pour un estomac fatigué l'objet d'une répugnance parfois insurmontable et enfin d'exiger un travail d'assimilation auquel nous voudrions soustraire l'organe déprimé.

Depuis les récents travaux publiés sur la peptone, j'emploie uniquement cette dernière, associée toutefois au *phosphate de chaux.* J'en obtiens les résultats les plus satisfaisants, et tels que je crois devoir en conseiller l'essai à mes confrères dans les cas si multiples où l'on doit recourir à la médication reconstituante. Dans la préparation à laquelle je donne la préférence (*peptone phosphatée Bayard*), l'association du phosphate calcaire me paraît très heureuse; ce sel contribue à faire non seulement de la peptone un aliment complet, mais par ses propriétés propres il en fait un stimulant de la muqueuse stomacale et en même temps un excitant puissant de l'assimilation générale. Associée à un vin de Malaga généreux, c'est, je m'en suis assuré, une préparation agréable et acceptée avec plaisir des estomacs les plus délabrés.

Son emploi paraît devoir rendre de nombreux services dans une foule de maladies organiques, dans l'anémie, les cachexies, la phthisie, etc., et d'une manière générale toutes les fois qu'il y a assimilation insuffisante ou désassimilation excessive.

Nous avons d'ailleurs recueilli déjà sur plusieurs de ces cas bon

nombre d'observations très probantes sur lesquelles nous nous promettons de revenir avant peu.

(*Gazette des Hôpitaux.*) Dr CHOFFART.

BIBLIOGRAPHIE

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE GANNAT.—Paris, Delahaye et E. Lecrosnier.

Ce compte rendu des travaux de l'année 1881-82 contient des documents curieux : des observations du docteur Mignot, dans lesquelles des complications sérieuses au cours de maladies graves ont enrayé la marche de ces dernières ; une observation de pleurésie purulente (Dr Cornillon), qui, à la *trentième ponction* seulement, s'est terminée par la mort : un cas d'hémorrhagie artérielle par une piqûre de sangsue (Dr Fabre) ; des observations d'érythème polymorphe exsudatif, ou maladie d'Hébra (Dr Fabre) : une observation intitulée : une nouvelle variété de décubitus aigu (Erythème) (Dr Trapenard); des discussions : Sur la constitution médicale de juin-juillet, 1881 (Dr Baraduc) ; sur les maladies de l'été 1881 (Dr Mignot) ; sur l'état sanitaire de la région de Commentry, 2e trimestre 1881 Dr Fabre) ; des observations sur : la dystocie par présentation de la face (Dr Lugout) ; la délivrance par expression utérine (Dr Sabul) ; l'obstruction intestinale par noyaux de cerises ou par injection d'eau dans le rectum (Dr Fabre) ; la durée de l'incubation de l'herpès labial (Dr Lagout) ; l'hémorrhagie veineuse consécutive à un furoncle (Dr Mignot) ; des remarques sur la durée de la fécondité dans l'espèce humaine (Dr Mignot) ; enfin chaque observation est suivie de larges discussions.

DES LÉSIONS NON CONGÉNITALES DU CŒUR DROIT ET DE LEURS EFFETS. — Thèse de M. le docteur BAUMEL

M. Baumel, dans son travail, étudie successivement l'endocardite aiguë, l'endocardite chronique, les rétrécissements et insuffisances des orifices pulmonaire et tricuspidien, les altérations du muscle, etc.

Le chapitre relatif aux altérations du cœur droit consécutives aux lésions gauches et aux affections pulmonaires est peut-être un peu écourté ; l'auteur eût pu ajouter à ses considérations physiologiques ; il eût pu montrer, s'appuyant sur l'autorité de M. le professeur G. Sée, l'action du ventricule droit sur les lésions mitrales, le rôle compensateur qu'il est susceptible de jouer dans le rétrécissement mitral lorsque l'oreillette devient insuffisante à surmonter l'obstacle, « lâche pied ». (G. Sée.)

M. Baumel n'eût point dû encore se contenter d'une simple mention pour la dyspnée; il eût dû insister longuement sur ses caractères et tracer un tableau de la dyspnée asthmatique cardiaque si bien décrite par M. Sée ; il eût dû discuter avec cet auteur, une dyspnée asthmatique étant donnée avec lésions cardiaques et lésions pulmonaires, lequel des deux a débuté ou est seul en cause, le cœur ou le poumon.

Enfin il est encore bien des phénomènes que nous eussions voulu voir étudiés ici ; l'auteur n'eût point dû simplement mentionner les concrétions sanguines, les embolies ; il eût dû en rechercher la cause, le mécanisme, étudier l'hémoptysie, les œdèmes, car ces manifestations peuvent quelquefois absorber à elles seules le tableau clinique, constituer des formes anomales des maladies du cœur.

En somme, la thèse de M. Baumel contient des matériaux précieux, mais l'auteur a peut-être négligé quelques points intéressants ; enfin certains chapitres se réduisent trop à une énumération de faits.

Dr DERIGNAC.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

LE CHOLÉRA. — La situation en Egypte reste mauvaise ; elle devient dangereuse en ce sens qu'Alexandrie est envahie par le fléau, quoiqu'à un très faible degré, ainsi que la ville de Suez, où l'on compte un décès cholérique dans l'armée anglaise. Le Caire a été particulièrement atteint d'une façon formidable ; les villes de Ghizeh et de Chirbine-el-Kom sont aussi violemment frappées. Enfin l'épidémie finit par gagner toute la Basse-Egypte. Par contre, le choléra continue à décroître sensiblement à Damiette, Mansourah et Samanoud.

Ajoutons enfin que, d'après les dernières dépêches, le nombre des décès aurait été, pour la journée de mercredi, de 13 parmi les soldats anglais. Du reste, les cas d'accidents cholériformes sont très nombreux dans l'armée d'occupation.

Les seuls chiffres qui aient été publiés officiellement comme décès cholériques sont :

Damiette..... 21 (journée du 18 seule connue).
Mansourah. 94 en trois jours.
Samanoud.. 41 en deux jours.
Tantah..... 87 en six jours.
Mahallet-el-Kebir. 120 pendant les journées des 22, 23 et 24.
Alexandrie. 2 le 25 juillet.

Et pour la période du 18 au 25 juillet :

Le Caire.........	2459	Ziftah..........	76
Chirbine-el-Kom.	452	Autres localités.	240
Ghizeh...........	384		

Enfin le PALL MALL GAZETTE publie un tableau officiel de la mortalité en Egypte depuis l'apparition du choléra à Damiette, c'est-à-dire du 24 juin au 23 juillet inclusivement, tableau dans lequel nous voyons que le chiffre des décès a été, dans les 35 villes et villages envahis par le choléra, de 6,741, auxquels nous devons ajouter pour les deux journées du 24 et du 25 1,400 décès environ, soit plus de 8,000 décès dans l'espace de 32 jours.

La mortalité la plus considérable s'est produite dans les villes suivantes : Damiette 1,875, Mansourah 1,056, Chirbine-el-Kom 496, et le Caire (jusqu'au 25 inclusivement), 2,532.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours pour la nomination à deux places de chefs de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Prengrueber et Routier comme chefs de clinique titulaires, et de MM. les docteurs Piqué et Redard comme chefs de clinique adjoints.

***

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par arrêté ministériel, ont été nommés :

1o *Officiers de l'instruction publique*

M. Henninger, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

M. Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

M. Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

M. Ripoll, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse.

M. Meleux, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers.

M. Planchon, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

M. Bleicher, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy.

M. Raoult-Deslonchamps, médecin principal de première classe.

2° *Officiers d'académie*

M. Pierret, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
M. Bondet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
M. Guillaud, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
M. Cuignet, chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille.
M. Bleynie, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges.
M. Lefeuvre, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes.
M. Gidon, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Caen.
M. Villeneuve, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille.

MM. les docteurs Armaignac (Bordeaux), Ardouin (Alexandrie), Jacques Bertillon (Paris), Boymier (Sainte-Foy-la-Grande), Butterlin (Baume-les-Dames), Devillez (Paris), Lefèvre (Bonnières), Leriche (Cussy les-Forges), Level (Paris), Lorne (Paris), Picard (Paris), Ramonet (Alger), Sicard (Marseille), Trémolet (Russey), Vigouroux (Paris), Jeandet (Mâcon), Massart (Honfleur), Brémond (Paris).

***

Concours. — La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours la question suivante : *De l'utilité de créer de petits établissements destinés à recevoir les enfants depuis leur sortie des crèches jusqu'à leur admission dans les salles d'asile.* (*Crèches de sevrage, salles d'asile du premier âge.*)

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de 1884, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco* avant le 31 janvier 1884, à M. le docteur V. Chappet, secrétaire général, cours Morand, 20.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

***

Concours du clinicat. — Le concours pour la nomination à une place de chef de clinique d'opthalmologie s'est terminé par la nomination de M. le docteur Lapersonne. Le sujet de la question donnée pour l'épreuve écrite avait été : « Troisième paire crânienne (anatomie) ; paralysie de la troisième paire. »

***

Ecole de médecine de Toulouse. — M. le docteur Caubet, professeur de pathologie interne, est nommé pour trois ans directeur de l'Ecole de médecine de Toulouse, en remplacement de M. Filhol, décédé.

***

Asiles de convalescence. — Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'asile de convalescence de Vincennes ; les élèves qui désireraient concourir devront justifier : 1° qu'ils ont pris au moins douze inscriptions de doctorat ; 2° qu'ils ont subi, avec succès, au moins trois examens de fin d'année ; qu'ils ont rempli, pendant une année, les fonctions d'externe en médecine ou en chirurgie, nommé au concours, dans les hôpitaux de Paris. Les demandes et titres à l'appui doivent être adressés à la direction de l'asile de Vincennes, commune de Saint-Maurice (Seine), bureau du secrétariat.

***

Congrès international des sciences médicales (huitième session, Copenhague, 1884). — En vous rappelant que le huitième congrès international des sciences médicales, conformément à l'avis déjà publié dans les journaux médicaux, aura lieu à Copenhague du 10 au 16 août 1884, nous avons l'honneur de vous informer que le Comité d'organisation chargé d'en préparer les travaux se compose des membres suivants, qui demeurent à Copenhague ou dans le voisinage ;

Président : M. le professeur P.-L. Panum.
Secrétaire général : M. le professeur C. Lange.
Secrétaires : MM. les docteurs O. Bloch, C.-J. Salomonsen et Joh. Moller, etc.
Trésorier : M. le professeur E. Hansen Grut.

Et des présidents des comités spéciaux des différentes sections, à savoir :

Section d'anatomie : M. le professeur Chievitz.
— de physiologie : M. le professeur P.-L. Panum.
— de pathologie générale et d'anatomie pathologique : M. le professeur C. Reisz.
— de médecine : M. le professeur F. Trier.
— de chirurgie : M. le professeur Holmer.
— d'hygiène et de médecine publique : M. le docteur E. Hornemann.
— de médecine militaire : M. Salomon, inspecteur général du service de santé de l'armée.
— de psychiatrie et des maladies nerveuses : M. le professeur Steenberg.
— d'accouchement : } MM. les professeurs Stadfeldt et
— de gynécologie : } Howitz.
— des maladies des enfants : M. le professeur Hirchsprung.
— d'ophthalmologie : M. le professeur Hansen Grut.
— des maladies de la peau et de la syphilis : M. le professeur Haslund.
— d'otologie : M. le docteur W. Meyer.
— de laryngologie : M. le docteur W. Meyer.

Les comités spéciaux établis pour les sections ci-dessus mentionnées se sont complétés, en tant qu'ils l'ont jugé convenable, avec des membres demeurant hors de Copenhague, soit en Danemark, soit dans les autres pays scandinaves.

Pour que la réunion de tant de savants distingués, qui, nous l'espérons, se rendront ici à cette occasion, soit aussi féconde que possible en résultats utiles, les comités d'organisation des sections (suivant l'exemple des congrès précédents) se sont mis en relation avec des hommes éminents dans les différentes branches, afin de fixer un programme.

Le programme sera envoyé avec les statuts à ceux de nos collègues qu'on présume s'intéresser aux travaux du congrès et vouloir y prendre part.

Pour que le programme puisse être publié aussitôt que possible, il est très désirable que toutes les communications qui sont relatives au congrès, et que le comité recevra avec reconnaissance, soient adressées au secrétaire général soussigné avant le 1er octobre prochain, afin qu'on puisse y avoir égard dans la rédaction du programme définitif.

Les personnes ayant qualité pour être membres du congrès qui, avant cette époque, auront manifesté au secrétaire général leur intérêt pour le congrès et leur intention de prendre part éventuellement à ses travaux (en indiquant, s'il est possible, la section à laquelle elles préfèrent se joindre), recevront aussitôt que faire se pourra le programme et les statuts.

Copenhague, juin 1883.

P.-L. Panum, Président. C. Lange, Secrétaire général.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1882-1883.

214. M. Leduc. Contribution à l'étude de l'anisométropie. — 215. M. Germont. Contribution à l'étude des néphrites expérimentales. — 216. M. Gaillard. De la pleurésie dans le cours de la fièvre typhoïde. — 217. M. Alloncle. De l'ulcère perforant du duodénum. — 218. M. Prost-Maréchal Contribution à l'étude de la pyobé-

mie. — 219. M. Morin. Essai sur le traitement local de l'acné et de la couperose. — 220. M. Gougelet. Du tremblement. — 221. M. Boursot. Contribution à l'étude des signes du pneumothorax. — 222. M. Mériot. De la grenouillette sublinguale. — 223. M. Ferraton. Des ruptures intra-péritonéales de la vessie. — 224. M. Jannin. Considération sur une forme mal définie de stase papillaire aiguë. — 225. M. Pautry. Essai sur le morphœa alba. — 226. M. Mugnier. Des lésions tardives de l'intestin consécutives au traumatisme de l'abdomen sans trace apparente de contusion sur les parois abdominales. — 227. M. Daniel. Des abcès glandulaires du sein chez les femmes nouvellement accouchées. — 228. M. Nogués. Essai sur le Convallaria maïalis. — 229. M. Monnier. Etude sur une variété de luxation du métatarse (luxation en dehors des métatarsiens) — 230. M. Mangeot. Contribution à l'étude des ruptures variqueuses vulvaires pendant la grossesse. — 231. Mme Waite. Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire. — 232. M. Knoll. Des affections charbonneuses de nature baetéridienne et de leur traitement. — 233. M. Girat. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du chlorhydrate de kaïrine.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 12 juillet au jeudi 18 juillet 1883.

Fièvre typhoïde 34. — Variole 6. — Rougeole 28. — Scarlatine 3. — Coqueluche 10. — Diphtérie, croup 32. — Dysenterie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 52. — Phthisie pulmonaire 190. — Autres tuberculoses 15. — Autres affections générales 59 — Malformation et débilité des âges extrêmes 40. — Bronchite aiguë 17. — Pneumonie 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 109, — au sein et mixte 61. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 70. — de l'appareil circulatoire 50. — de l'appareil respiratoire 41. — de l'appareil digestif 44 — de l'appareil génito-urinaire 20. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 33. — Causes non classées 10. — Total de la semaine : 1030 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité de l'herpétisme, par le docteur Lancereaux, professeur agrégé, etc. 1 vol. in-8 avec 19 figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets, par le docteur Baumel. In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

De la fièvre typhoïde a forme rénale, par le docteur Didion. In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

La médecine publique en Angleterre, par le docteur Walter Douglas Hogg, docteur en médecine, pharmacien de première classe. Brochure in-8. — Prix : 4 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

De l'élongation du nerf nasal externe dans le traitement du glaucome, par M. Armand Trousseau, docteur-médecin. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Henry Ollier, libraire.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

54e année. 6e série. Tome V. N° 31 4 AOUT 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;**
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**
Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 2 aout 1883.

Académie de médecine : DISCUSSION SUR L'ORIGINE ET LE MODE DE PROPAGATION DES ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA.

Nous avons signalé il y a huit jours la note lue à l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine par M. Fauvel; ce document mettait en évidence la responsabilité qui pèse sur le gouvernement anglais dans le développement de l'épidémie de choléra qui sévit en Egypte. Nous avions négligé de dire qu'une voix s'était élevée à l'Académie pour combattre cette thèse. A la démonstration si lumineuse de M. Fauvel, M. J. Guérin est venu opposer son opinion déjà ancienne et maintes fois réfutée, qui consiste à dire que les épidémies de choléra naissent sur place et qu'elles sont le résultat de modifications successives de l'atmospbère et de l'organisme.

Malgré la désapprobation unanime qui l'avait accueilli, M. J. Guérin est revenu à la charge dans la dernière séance, avec une obstination digne, sinon d'un meilleur succès, du moins d'une meilleure cause. Aux faits si patents cités par M. Fauvel, il a prétendu opposer d'autres faits contraires. Il a invoqué ce qui s'était passé en Europe lors de l'Exposition universelle de 1878. Le choléra sévissait alors sur différents points de notre continent, en Autriche et à Vienne surtout. Les occasions ne manquaient donc pas au fléau de se laisser importer à Paris, et pourtant s'il y a eu à ce moment dans notre capitale des cas isolés de choléra, il n'y eut pas d'épidémie dans le sensdu mot.

Une connaissance exacte des allures du choléra asiatique enlève toute valeur à cette argumentation. Quand cette maladie envahit un centre de population, il semble qu'elle frappe dans un espace de temps assez court tous ceux qui sont incapables d'échapper à ses atteintes. Il en résulte pour le territoire infesté une véritable immunité qui ne dure jamais moins de quatre ou cinq ans. Voilà un fait attesté par des observations répétées, et contre lequel la dialectique habile de M. J. Guérin s'est épuisée en vains efforts.

M. Rochard est venu ensuite donner la note vraie du débat engagé devant l'Académie sur une communication qu'on s'étonne d'avoir rencontré un contradicteur au sein de cette assemblée. Avec cette éloquence entraînante qui le rend si facilement maître des esprits, il a retracé en quelques traits rapides l'enquête de M. Fanvel, qui ne laissait prise à aucune discussion de doctrine. Car c'est un fait avéré que le choléra existe à l'état endémique dans certains districts de l'Inde. C'est un fait non moins avéré que les migrations annuelles des pèlerins de la Mecque ont coïncidé mainte et mainte fois avec l'apparition du fléau en Europe. C'est un fait aussi, que la création du conseil sanitaire international d'Alexandrie a préservé l'Europe pendant près de vingt ans de l'importation du choléra. C'est un fait que, le jour où la prépondérance de l'Angleterre en Egypte a paralysé le rôle du conseil sanitaire, on a pu prédire la réapparition prochaine du choléra sur les bords de la Méditerranée et que cette prédiction n'a pas été longue à se réaliser. Devant de tels faits, qui touchent aux intérêts les plus graves de millions d'hommes, les opinions doctrinales perdent toute valeur et la passion de la controverse se manifeste mal à propos. Il ne reste qu'un vœu à émettre, c'est que les gouvernements européens directement intéressés tirent de ces faits l'enseignement qu'ils comportent.

E. R.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

INDICATIONS DE LA TAILLE; APPRÉCIATION ET CHOIX DES MÉTHODES ET DES PROCÉDÉS, par M. G. BOUILLY, professeur agrégé, etc.

Suite et fin. — Voir les numéros 26, 27, 28, 29 et 30.

La combinaison du broiement avec la taille a permis d'étendre les limites du volume des calculs capables de passer par les incisions des tailles périnéales, à condition que ce calcul soit suffisamment friable pour ne pas résister aux tenettes ou aux brise-pierres. Or, nous avons déjà fait ressortir les dangers de cette manœuvre, la difficulté de la prise du calcul, la nécessité de la répétition des prises, la possibilité de l'oubli de fragments dans la vessie, les dangers de l'exploration du canal vésico-prostatique, etc...

Cependant, si la lithotritie rapide est contre-indiquée et si l'examen a démontré la présence d'un calcul volumineux et friable, rien ne s'opposera à ce que l'on s'adresse à l'un des procédés de la taille périnéale en aidant la sortie de la pierre par une fragmentation assez complète pour qu'on n'ait pas d'efforts violents à exercer dans le temps d'extraction. Les plus grands dangers de la taille étant liés aux déchirures du col et de la prostate, toutes les manœuvres qui auront pour résultat de diminuer ces chances de lésions agrandiront les indications de la taille périnéale. La grande difficulté consiste dans le diagnostic exact de la nature du calcul et de sa résistance au brise-pierres, sur laquelle on peut être trompé par l'adjonction

de couches phosphatiques molles et friables autour d'un noyau d'acide urique dur et incassable.

Nous verrons plus bas qu'en pareil cas la tendance actuelle accorde la préférence à la taille hypogastrique.

Les mêmes hésitations n'existent plus quand l'examen de la vessie y fait constater une pierre dure, absolument rebelle à la lithotritie, d'un petit volume n'excédant pas 1, 2 ou 3 centimètres de diamètre. Ces cas appartiennent de droit à la taille périnéale.

La taille médiane serait le procédé de choix, si l'on était sûr d'avoir affaire à un calcul dont les dimensions soient contenues entre 1 centimètre et 2 cent. 5. La facilité d'exécution du procédé grâce à la moindre épaisseur des tissus à traverser, l'absence d'hémorrhagie à moins de lésions du bulbe ou de son artère, la section des parties molles superficielles et profondes sur la ligne médiane, partie la moins vasculaire, la rectitude du trajet favorable aux manœuvres de préhension et d'extraction et ensuite à l'écoulement de l'urine, font de ce mode de taille un procédé simple et peu dangereux. En outre, la section de la prostate pourrait se faire sans blessure des conduits éjaculateurs dont l'un au moins se trouve blessé dans la taille latéralisée (Bouisson).

Malheureusement tous ces avantages du procédé n'existent que si le calcul est petit et sont perdus dès qu'il excède 2 c. 5 ou 3 centimètres maximum. Car, nous n'admettons pas la taille membraneuse d'Allarton suivie de broiement ou la lithotritie périnéale de Dolbeau remplacée par la lithotritie rapide.

En résumé, on devra réserver la taille médiane aux seuls cas suivants : calcul d'oxalate de chaux ou d'acide urique incassable, de 25 millimètres de diamètre maximum et audessous ; extraction de corps étrangers peu volumineux introduits accidentellement dans la vessie et ne pouvant être extraits par les voies naturelles, après les manœuvres de la lithotritie.

La taille latéralisée avec ses dérivés la taille bilatérale et la taille prérectale sont les procédés que les conquêtes chirurgicales récentes tendent le plus à faire abandonner. Ils s'adressent en effet aux cas intermédiaires compris entre les toutes petites pierres qu'une taille médiane peut extraire avec moins de dangers et les plus volumineuses que les perfectionnements de la taille hypogastrique permettent de retirer avec de plus grandes chances de succès. La plupart des cas intermédiaires comprenant les calculs de 3 centimètres, 4 centimètres, et même 5 centimètres sont aujourd'hui justiciables de la lithotritie rapide. Dans le relevé fait par M. Desnos et portant sur 226 cas, treize fois le calcul mesurait 4 à 5 centimètres; trois fois il mesurait 5 centimètres et même 5 centim. 1/2 et sur les 13 premiers, 3 furent suivis de mort, les 3 derniers donnèrent 3 guérisons.

La taille latéralisée a été de tous les procédés le plus souvent mis en pratique ; la statistique de Gross ne comprend pas moins de 9,000 tailles latéralisées ; en Angleterre, Thompson l'emploie dans tous les cas, chez l'adulte et chez le vieillard comme chez l'enfant, pour les petits et les gros calculs. La mortalité de cette opération prise d'une façon générale, sans tenir compte de l'âge des sujets, est de 12,5 pour 100 ou de 1 : 8 opérés ; nous avons vu plus haut que cette mortalité augmente notablement avec l'âge du sujet et avec le volume des calculs.

Le plus grave reproche qu'on puisse faire à cette taille est de ne permettre l'extraction de calculs volumineux qu'en dépassant les limites de la loge prostatique et en blessant les plexus veineux et le tissu cellulaire ambiant. Les incisions multiples n'augmentent guère la voie de sortie, car elles ne s'adressent pas à la plus grande résistance due au manque d'élasticité de la prostate et de ses couches extérieures. En outre, les hémorrhagies dont nous avons longuement parlé plus haut ont lieu surtout dans la taille latéralisée et se produisent dans les conditions où il est nécessaire soit d'agrandir par des incisions le trajet superficiel ou profond, soit de la violenter dans une extraction laborieuse.

Les avantages de ce procédé sont néanmoins considérables; il est d'une exécution facile, il permet d'éviter presque sûrement le bulbe et le rectum et d'épargner constamment un des conduits éjaculateurs. Chez les enfants, il a donné les meilleurs résultats et mérite d'être conservé.

Chez l'adulte, nous le réserverons, dans le cas de contre-indications de la lithotritie, aux calculs mesurant de 3 à 5 centimètres, à condition que ces derniers soient susceptibles d'être broyés avant leur extraction, chez des sujets dont le périnée ne sera ni trop épais ni trop gras pour rendre difficile l'exploration de la vessie et l'introduction des instruments et chez lesquels l'examen préalable ne démontrera pas une hypertrophie prostatique capable de faire obstacle à la dilatation du trajet et aux recherches pour l'extraction.

Dans ces cas, nous préférons encore la *taille bilatérale* qui, de l'aveu de tous les chirurgiens, donne la plus large voie. Modifiée par Nélaton, la taille bilatérale devenue *taille prérectale* permet avec un peu d'habitude d'éviter le bulbe et le rectum : mais elle expose comme la taille latéralisée aux mêmes hémorrhagies par lésion des artères du périnée et par déchirure des plexus veineux péri-prostatiques dès que la pierre est volumineuse. Elle entraîne presque sûrement la section des deux conduits éjaculateurs.

Au point de vue pratique, nous ne voyons pas une grande différence ni dans les indications, ni dans la difficulté opératoire, ni dans les résultats, entre la taille latéralisée, la taille bilatérale et la taille prérectale. L'une et l'autre s'adressent aux mêmes calculs et je ne saurais conseiller un procédé de préférence à l'autre. Ici, l'opérateur est libre d'exécuter l'opération qui lui convient le mieux et dont le manuel opératoire lui est le plus familier et, si l'on veut mon sentiment à cet égard, basé sur une expérience personnelle peu considérable et appuyé sur la manière généralement adoptée en France, je conseillerais la conduite suivante : Dans les conditions énoncées ci-dessus où nous admettons la taille, *taille prérectale*, chez l'adulte, ou *incision médiane* superficielle de Reliquet avec incision bilatérale de la prostate ; *taille latéralisée* ou *taille bilatérale* de Dupuytren, pour l'enfant chez qui le bec de la prostate n'existe pas, avec incision *transversale* de la glande dont les rayons obliques postérieurs sont très peu développés.

La statistique déplorable de Guersant, chez l'enfant, dans laquelle la taille bilatérale a donné 14 pour 100 de mortalité, explicable peut-être par une série malheureuse ou de mauvaises conditions de milieu, ne saurait nous empêcher de recommander ce procédé ; car, entre les mains de Marjolin, à l'hôpital Sainte-Eugénie, pendant une série d'années, il a donné les meilleurs résultats.

La *taille hypogastrique* peut être mise aujourd'hui en comparaison avec les meilleurs procédés de taille périnéale et on ne peut plus croire qu'elle ne saurait être absolument indiquée que pour des calculs d'un volume considérable. La m

talité élevée (26 pour 100), accusée par toutes les statistiques réunies ne constitue pas un argument contre cette opération; nous avons montré plus haut que pour les gros calculs et chez le vieillard, même dans les statistiques anciennes, elle était moins meurtrière que les procédés de taille périnéale, malgré les conditions mauvaises où cette opération a été pratiquée, chez des sujets en général âgés, porteurs depuis de longues années de calculs très volumineux et atteints dans nombre de cas de lésions vésicales et rénales capables d'entraîner par elles-mêmes une issue funeste après toute espèce d'intervention.

La taille sus-pubienne présente de grands avantages; grâce au ballonnement du rectum qui amène la vessie sous la main du chirurgien, elle est d'une exécution facile; elle n'expose pas à l'hémorrhagie par l'absence de gros vaisseaux sur le trajet des incisions. Elle respecte le col de la vessie et les canaux éjaculateurs et par là même est incapable de produire l'incontinence d'urine ou l'impuissance; elle donne une large voie pour l'extraction des calculs, l'exploration de la vessie et la recherche des débris toujours difficiles dans les tailles périnéales suivies de fragmentation.

Nous n'insistons plus sur la sécurité et la facilité apportées à l'opération par l'antisepsie et le ballonnement rectal; nous avons traité ce sujet plus haut. Il n'est plus permis de dire que la contre-indication la plus fréquente de la cystotomie sus-pubienne, c'est l'impossibilité matérielle de la pratiquer précisément dans les cas où elle est nécessaire. Calculs volumineux et vessie rétractée et intolérante, sont des conditions presque toujours réunies. Dans ces cas, il n'est pas possible de distendre la vessie par une injection, et souvent on ne peut parvenir à y faire entrer un conducteur (Chauvel). Le soulèvement possible de la vessie par le ballonnement du rectum, alors même qu'elle est rétractée, fait tomber ces arguments et permet de passer outre.

Nous rappellerons la rareté de la lésion du péritoine et de la péritonite (6 fois sur 74 cas. Flury. 0 sur 14 opérations, Broussin) et la possibilité d'éviter l'infiltration d'urine par le drainage rigoureux de la vessie pratiqué comme nous l'avons longuement décrit.

La grande indication de la taille hypogastrique est tirée surtout du volume et de la dureté de la pierre : *Tout calcul dont le diamètre atteint ou excède 5 centimètres et qui ne peut être réduit par la fragmentation trouvera par cette opération une voie de sortie moins dangereuse que par tout autre procédé.* Michel (de Strasbourg), ajoute les indications suivantes :

1o Les calculs emprisonnés dans des loges situées sur le plan antéro-supérieur;

2o Les cas où l'urèthre est tellement déformé qu'il y a impossibilité de faire parvenir un conducteur dans la vessie.

Petersen indique la taille haute : 1o pour les grosses pierres dures; 2o pour les pierres enchatonnées; 3o pour les pierres situées derrière des diverticules de la prostate; 4o pour l'hypertrophie de la prostate; 5o chez les hémorrhoïdaires; 6o chez les personnes grasses; 7o pour les tumeurs de la vessie; 8o pour les rétrécissements imperméables.

Les deux premières indications ne donnent pas matière à discussion et sont admises par tout le monde. L'hypertrophie de la prostate constituerait aussi une indication formelle d'après Le Dentu et Th. Anger. « Arrivée à un certain degré de tuméfaction et de dureté, cette glande ne cède pas aux incisions; les lèvres de ces dernières restent accolées et les efforts d'extraction n'ont d'autres résultats que d'occasionner des déchirures (Le Dentu). »

Les hémorrhoïdes et le développement exagéré du tissu adipeux ne peuvent fournir que des indications tout à fait exceptionnelles.

Il n'en est pas de même du rétrécissement du détroit inférieur du bassin, consécutif au rachitisme (Thompson) ou au traumatisme; dans ces cas, le rapprochement des limites osseuses de la région peut être tel que même un calcul de moyen volume ne saurait les franchir et que tous les temps de la taille périnéale ne pourraient s'exécuter qu'avec les plus grandes difficultés.

Enfin l'extraction de certains corps étrangers de la vessie incrustés de sels calcaires et devenus ainsi beaucoup plus volumineux qu'au moment de leur introduction par l'urèthre ne peut être tentée que par la taille sus-pubienne. Dans un cas remarquable, Périer a pu retirer ainsi un tuyau de caoutchouc, d'une longueur de 70 centimètres, d'un calibre répondant au no 20 de la filière Charrière, ayant séjourné plus de six mois dans la vessie et complètement incrusté de concrétions calcaires qui en doublaient le volume. Le malade guérit parfaitement.

Je signale en terminant quelques indications beaucoup moins précises de la taille hypogastrique. Petersen l'a conseillée pour la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate, sans qu'à notre connaissance une telle opération ait encore été tentée; Senftleben, Flury et Petersen la recommandent pour l'extraction des tumeurs de la vessie. Elle a été pratiquée deux fois en même temps que la taille périnéale pour répondre à cette indication : l'un des malades guérit (Billroth), l'autre succomba (Wolkmann). Si l'on croit devoir entreprendre une opération de ce genre, la taille sus-pubienne paraît offrir quelque avantage, en ce sens qu'elle porte sur une partie de la paroi vésicale assez rarement dégénérée et parce qu'elle ouvre une voie plus large et plus directe (Féré).

Je rappelle pour mémoire une proposition hardie faite récemment par Mac Dougall qui recommande, après John Hunter, l'ouverture hypogastrique de la vessie pour pratiquer le cathétérisme rétrograde dans le cas de rétrécissement infranchissable.

Les résultats excellents obtenus chez les jeunes garçons par la taille périnéale doivent faire réserver la taille sus-pubienne aux cas exceptionnels où la première ne peut être pratiquée.

De 1 à 15 ans la mortalité ne s'élève en moyenne qu'à 6 pour 100 (Thompson), tandis que la taille hypogastrique donne une proportion trois fois plus grande d'insuccès, soit 18 pour 100. Nous ne saurions donc nous ranger à la proposition de Bardeleben et de Van Gondœver (de Leyde) pour qui, chez les enfants, la taille sus-pubienne doit être considérée comme la meilleure, pour les petites pierres comme pour les grosses, et malgré les brillants résultats obtenus par ce dernier chirurgien et Van Meulen qui, sur 12 cas de taille hypogastrique pratiquée chez des garçons dont le plus âgé avait 17 ans, n'eurent pas un insuccès (Mynlieff), nous préférons pour les pierres de petit et de moyen volume la taille latéralisée ou la taille bilatérale.

Nous nous sommes efforcé d'exposer d'une manière aussi claire que possible les indications de la taille et du choix des divers procédés; nous avons résumé les grandes données du

problème à résoudre sans entrer dans des détails dont l'exposition ne peut être faite d'une manière générale et appartient à l'observation de chaque cas particulier. Nous croyons avoir été assez bref pour ne pas avoir besoin de donner des formules générales qui, du reste, ne peuvent s'appliquer davantage ici qu'à tont autre opération. Nous terminerons en disant : quelle que soit la méthode de traitement des calculs vésicaux, taille ou lithotritie, adoptée d'après les indications particulières à chaque cas, l'opération ne devra jamais être entreprise sans une étude préalable minutieuse des commémoratifs, de l'état des urines, de celui de l'urèthre et de la vessie, des dimensions et de la nature probables du calcul, du mode de fonctionnement des reins, et de la constitution générale du sujet. Du rapprochement et de la comparaison de ces divers éléments et de la connaissance des données scientifiques acquises par l'observation générale naissent les indications thérapeutiques et opératoires, qu'il ne reste plus qu'à remplir avec prudence et habileté.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

De l'aphasie et de ses différentes formes.

Suite et fin. — Voir les numéros 24, 29 et 30.

Les faits cliniques rapportés dans les précédents articles, en permettant d'analyser le syndrome *aphasie*, en ont montré la complexité. Mais, pour tirer de ces faits tous les enseignements qu'ils renferment, il importait de passer de l'analyse à la synthèse et de chercher comment les divers éléments qu'on a pu étudier isolément concourent au développement, à l'entretien et, dans certains cas pathologiques, au retour de la faculté du langage. C'est à cette intéressante étude que M. Charcot a consacré une dernière leçon.

Avant lui, quelques auteurs ont abordé ce travail et proposé des théories basées sur les faits qu'ils avaient observés. Pour M. Kussmaul, par exemple, l'articulation des mots et les mouvements de l'écriture étant subordonnés à l'évocation des images auditives ou visuelles, il n'existerait que deux centres, celui de l'audition et celui de la vision des mots. Mais on a vu, dans le cas de cécité verbale reproduit dans notre premier article, que les notions fournies par les mouvements graphiques ont suppléé les images visuelles ; de même, dans les deux cas de surdité verbale que nous avons rappelés, on a vu les notions fournies par les mouvements de la parole suppléer les images auditives. Cette suppléance des images auditives et visuelles par les notions du sens musculaire (images motrices) montre que la théorie de M. Kussmaul est en défaut et justifie l'adjonction faite par M. Charcot de deux autres centres à ceux admis par l'auteur allemand, à savoir : le centre de l'articulation des mots et le centre des mouvements pour l'écriture des mots (centre graphique).

M. Magnan a imaginé un schéma, reproduit dans la thèse de Mlle Skwortzoff, et d'où il résulterait que la formation des mots est entièrement localisée dans la substance grise de la troisième circonvolution frontale gauche. Ce centre est relié par des fibres conductrices (appareil de transmission), d'un côté aux centres sensitifs où se localisent les impressions apportées par les sens, d'un autre à l'appareil de la phonation. Si c'est le centre lui-même qui est lésé, on a l'amnésie verbale ; si c'est l'appareil de transmission, on a, suivant les fibres conductrices atteintes, la logoplégie, la surdité verbale, la cécité des mots. Toutes les images formées dans les centres sensitifs et transmises au centre de la formation des mots peuvent se suppléer et concourent ainsi à la formation des mots, les images olfactives et gustatives aussi bien que les images auditives et visuelles.

Le schéma de M. Magnan et la théorie qu'il traduit sont très ingénieux, mais soulèvent une grave objection. Notre savant confrère, en effet, ne sépare pas l'idée du mot et pour lui le centre de formation des mots semble se confondre avec le centre d'idéation. Suivant M. Charcot, il n'en est pas ainsi. L'idée et le mot sont choses distinctes, existant isolément, puisqu'on peut avoir l'idée sans le mot et inversement le mot sans l'idée. Le mot est un simple instrument du langage, restant lettre morte tant que l'idée ne s'y joint pas. Il résulte de là que la faculté du langage n'est pas contenue dans l'appareil des mots, car sans l'idée il n'y a pas de langage ; cette faculté réside à la fois dans les centres des images des mots et dans les centres d'idéation, c'est-à-dire un peu partout dans l'écorce grise. Ce qui est localisé, on tend à l'être depuis les nouvelles recherches, ce n'est donc pas la faculté du langage, ce sont les centres où se forment, se gravent, se réveillent les images des mots, c'est ce que M. Charcot appelle les *magasins* des divers *équivalents* du mot.

Ces équivalents, comme les centres qui leur correspondent, sont au nombre de quatre :

— 1° *L'équivalent moteur d'articulation des mots*, qui a pour siège ou pour centre la circonvolution de Broca ; une lésion de ce centre produit la *logoplégie* ou amnésie des mouvements d'articulation des mots ;

— 2° *L'équivalent graphique*, ou souvenir des mouvements graphiques, dont le siège est au pied de la seconde circonvolution frontale ; une lésion de ce point produit l'*agraphie* ; quand cette lésion est légère, il en résulte une amnésie incomplète des mouvements de l'écriture ; celle-ci est hésitante ; un de nos confrères, qui nous rappelait tout récemment un cas de ce genre, dans lequel le malade écrivait plusieurs fois de suite la première syllabe des mots, avait baptisé assez heureusement cette sorte d'hésitation du nom de *bégaiement* de l'écriture ;

— 3° *L'équivalent auditif* ou image tonale du mot, qui a son siège dans la première circonvolution sphénoïdale ; une lésion de cette région produit, suivant le degré, l'*amnésie verbale auditive* ou la *surdité verbale* ;

4° *L'équivalent visuel* ou image visuelle du mot, qui siège dans le lobule pariétal inférieur dont la lésion, suivant le degré, entraîne l'*amnésie verbale visuelle* ou la *cécité verbale*.

Pour juger de l'effet produit par la lésion d'un de ces centres, il faut tenir compte de trois éléments :

1° Le degré de gravité de la lésion ;

2° Les habitudes individuelles et l'éducation plus ou moins parfaite de chacun de ces centres, tel individu évoquant de préférence, comme nous l'avons dit ailleurs, les images visuelles des mots, tel autre les images auditives, tel autre encore les images motrices ;

3° La possibilité des suppléances.

Cette suppléance des équivalents ou images des mots, sur laquelle nous avons déjà insisté, a une grande importance pratique. On a vu, dans l'observation de cécité verbale, comment M. Charcot en a tiré parti en prescrivant à son malade des exercices dans lesquels l'évocation de l'image motrice

(mouvements graphiques) venait rappeler l'image visuelle des mots. Nous observions naguère une jeune fille, de dix-huit ans qui, à la suite d'une méningite survenue à l'âge de quatre ans, est restée sourde-muette. Sa mère, aussi intelligente que dévouée, s'est consacrée entièrement à son éducation d'après la méthode qui apprend aux sourds-muets à parler en leur montrant les mouvements de la langue et des lèvres propres à l'articulation des mots. Le résultat a été des plus remarquables ; la jeune fille comprend parfaitement au mouvement des lèvres ce qu'on lui dit et répond fort distinctement. Elle soutient très bien une conversation et n'a recours exclusivement qu'au langage articulé. Ici encore, c'est la suppléance des équivalents ou des images des mots qu'on a mise en jeu ; c'est sur elle que repose la nouvelle méthode d'éducation des sourds-muets : on supplée aux images tonales ou auditives, qui font complètement défaut, par les images motrices de l'articulation des mots.

Les sourds-muets ainsi élevés représentent comme le type des *moteurs* que M. Charcot place à côté des *visuels* et des *auditifs*. Quand l'idée est présente, ils font appel directement à l'image motrice d'articulation du mot, sans le secours de l'image visuelle, et encore moins, il va sans dire, de l'image auditive. Ils parlent directement, sans voir ni entendre intérieurement les mots.

Le Progrès médical a publié, dans le numéro du 21 juillet dernier, l'observation extrêmement intéressante d'un monsieur, d'un *visuel* qui a perdu brusquement la vision mentale des signes et des objets, et a suppléé à cette amnésie visuelle par l'audition intérieure. Il exprime lui-même le changement qui s'est opéré dans ses facultés en disant : « Je suis obligé aujourd'hui de me dire les choses que je veux retenir dans ma mémoire, pendant que j'avais auparavant seulement à les photographier par la vue ».

Cette observation peut servir de transition entre la pathologie et la psychologie et montrer comment, dans l'étude des facultés cérébrales de l'homme, tout se tient et s'enchaîne.

Jusque dans ces derniers temps les psychologues avaient considéré la mémoire comme une unité. Gall, le premier, puis Gratiolet, ont montré qu'il faut admettre des mémoires partielles, correspondant à chaque sens, et en rapport avec les aptitudes particulières de chaque individu. M. Th. Ribot, dans son ouvrage sur les *Maladies de la mémoire*, insiste encore plus que ses devanciers sur la réalité des mémoires partielles, spéciales ou locales ; il proclame l'indépendance relative des différentes formes de la mémoire et, avec cette logique qui caractérise le savant psychologue, — on pourrait aussi bien dire le savant physiologiste, — il avance cette proposition : « qu'il est naturel qu'à l'état morbide une forme disparaisse, les autres restant intactes ».

Pour M. Ribot, ce fait est simple et n'a besoin, dit-il, d'aucune explication, puisqu'il résulte de la nature même de la mémoire. Il n'est pas moins intéressant de voir la clinique fournir à la psychologie l'appui d'une démonstration expérimentale.

Les développements qui précèdent montrent combien est féconde en pathologie cérébrale la méthode que M. Charcot appelle *méthode des cas simples*. L'aphasie vulgaire est complexe, parce qu'elle est habituellement corticale et que les différents centres du langage, limitrophes, nourris par les branches artérielles d'un même tronc, la sylvienne, sont alors fréquemment intéressés ; aussi ne peut-elle fournir que des éléments peu nets, peu précis, insuffisants en un mot à la solution du problème que nous étudions en ce moment. Au contraire, la lésion isolée de l'un des centres du langage, en restreignant le champ d'étude, réalise toutes les conditions d'une expérience dans laquelle les rapports de cause à effet se présentent dans le plus grand état de simplicité et de précision. La grande difficulté est de rencontrer des faits de ce genre. Cette difficulté diminue quand on sait les chercher. La passivité de l'observateur, que l'on oppose souvent à l'activité de l'expérimentateur, n'est pas aussi absolue qu'on vent bien le croire et les cas prétendus rares ne le sont en réalité que pour ceux qui ne savent pas les trouver. C'est l'opinion que professe M. Charcot, et il la justifie par son propre exemple.

Dr F. de Ranse.

PATHOLOGIE MÉDICALE

De la néphrite déterminée par la compression des uretères dans le cours du cancer de l'utérus et de l'hypertrophie du cœur consécutive, par G. Artaud, interne des hôpitaux.

Il n'est pas rare, à l'autopsie de femmes atteintes de cancer de l'utérus, de trouver l'uretère d'un ou des deux côtés comprimé ou oblitéré par le néoplasme. Cette compression ou cette oblitération de l'uretère entraîne à sa suite une dilatation du conduit au-dessus de l'obstacle, une distension du bassinet et des calices et des altérations du rein qui varient selon l'intensité ou la durée de la compression. Il n'est pas rare non plus de trouver, chez ces femmes qui succombent dans un état d'anémie extrême, une hypertrophie du ventricule gauche du cœur développée sous l'influence de cette néphrite secondaire. Ce sont ces cas que nous avons étudiés avec l'aide de notre maître, M. Straus, qui doivent faire l'objet d'un mémoire sur le point de paraître. Nous en donnerons seulement ici les conclusions :

A. Dans le cours du cancer de l'utérus, il peut se développer, à la suite de la compression de l'uretère, des lésions rénales dont les caractères sont différents suivant le degré et la durée de la compression.

Quand la compression a été peu prononcée, le rein a un volume normal ou légèrement augmenté; les lésions histologiques consistent dans une *infiltration nucléaire* autour des tubes urinifères et des vaisseaux (glomérules et artères), une *hypertrophie des glomérules* et une *dilatation des tubes contournés*, dont l'épithélium a subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Les tubes collecteurs ont conservé, à peu de chose près, leur diamètre normal, et leurs épithéliums ne paraissent pas altérés (première période).

Quand la compression a été longue, que l'uretère et le bassinet ont été très distendus, le rein s'atrophie et le degré de l'atrophie est en raison directe de la dilatation de l'uretère et du bassinet. Les lésions histologiques consistent dans le *passage à l'état fibreux de l'infiltration nucléaire du début, l'affaissement des tubes droits et des tubes collecteurs dont l'épithélium a subi la régression embryonnaire*. Les glomérules sont ou fibreux ou kystiques. Les tubes contournés, revenus sur eux-mêmes, présentent les mêmes altérations de leurs épithéliums que dans la première période (deuxième période).

Ces lésions du rein se rapprochent de celles que détermine la ligature de l'uretère chez les animaux. Elles en diffèrent en ce qu'elles constituent *une néphrite diffuse, à marche rapide*, au développement de laquelle l'élément inflammatoire prend la plus grande part, tandis que l'élément mécanique est surtout en jeu dans l'évolution des lésions rénales qu'entraîne la ligature aseptique de l'uretère.

B. Les lésions rénales déterminées par la compression de l'uretère dans le cours du cancer de l'utérus amènent fréquemment une *hypertrophie du cœur, qui porte exclusivement sur le ventricule gauche*.

Cette hypertrophie ne *s'accompagne presque jamais de myocardite interstitielle*.

C'est là une variété, encore peu étudiée, de ces hypertrophies cardiaques consécutives aux néphrites qui se développent dans le cours des affections des voies urinaires.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend : 1º Une note sur le choléra et la constitution régnante, par M. le docteur Mignot, de Chantelle (Allier). 2º Un rapport sur l'Institut vaccinal de Montpellier, par M. Pourquier, médecin-vétérinaire.

Travaux présentés. — *Du mode d'enseignement de la dermatosyphiligraphie contemporaine*, par M. le docteur Doyon, membre correspondant. — *Du typhus observé à Athènes en 1868*, par M. le docteur Pretenderis-Typaldos, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes.

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage au nom de la commission du choléra, le rapport qu'il a fait au conseil d'hygiène publique et de salubrité sur les mesures à prendre au cas où le choléra viendrait à se déclarer à Paris. Ces mesures sont : 1º des mesures d'hygiène publique ; 2º des mesures d'hygiène privée.

Les mesures d'hygiène publique consistent principalement dans la déclaration immédiate des cas de choléra par les familles ou les logeurs des garnis dans lesquels ces cas se seraient développés et le transport des malades hors des lieux où ils ont été frappés ; les mesures d'hygiène privée sont : 1º La désinfection des matières fécales à l'aide du chlorure de zinc, le sulfate de cuivre, le sulfate de zinc ; 2º la désinfection des chambres des malades avec les vapeurs du soufre en combustion.

— M. Tarnier présente une jeune femme enceinte de neuf mois qui offre un exemple rare d'ectopie du cœur. Cet organe bat sous la peau, à travers une large division congénitale du sternum. Il est possible de prendre les ventricules dans la main et les explorer à nu, pour ainsi dire.

M. Marey dit que ce cas se prête admirablement à l'étude de certains points de la physiologie du cœur qui n'ont pu jusqu'ici être étudiés que sur les animaux.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la communication de M. Fauvel relative au choléra d'Égypte.

M. Jules Guérin a la parole.

A la suite de la communication de M. Fauvel dans la dernière séance, sur l'étiologie du choléra, j'ai rappelé comme un des faits peu conciliables avec la doctrine de l'importation que, durant une des dernières expositions internationales, le choléra qui occupait un grand nombre des points de l'Europe avait respecté la capitale, bien qu'elle fût restée en libre communication incessante avec les nombreux visiteurs venant des pays infectés, et bien qu'aucune précaution préventive n'eut été prise.

N'ayant pas immédiatement à la mémoire la date exacte de ce fait, j'avais dit : *la dernière exposition ;* mais sur la remarque que le choléra n'existait plus à cette époque en Europe, j'ai dit une des dernières, prenant l'engagement de préciser le fait aujourd'hui.

Je viens remplir mon engagement.

Cette Exposition est celle de 1867. Je ne puis faire mieux, pour laisser à cet événement toute son autorité, que de reproduire textuellement le passage d'un de mes discours de 1875, dans lequel ce fait, accompagné de plusieurs autres de la même portée, était commenté comme il méritait de l'être. (Suit le passage du discours de 1875.)

Je n'ajouterai qu'un mot, c'est que ces deux grands faits des expositions de Paris et de Vienne, si péremptoires et si concluants, n'ont été, à l'époque où je les ai invoqués pour la première fois, l'objet d'aucune contradiction même de la part de M. Fauvel. Je me trompe, M. Fauvel, dans une réponse générale à tous ces faits si contraires au système d'importation, avait dit que le choléra perdait sa puissance en chemin de fer et la conservait dans les navires.

Ainsi que je l'avais exprimé dans la dernière séance, j'avais pris la résolution de limiter ma réponse au manifeste de notre collègue aux seules remarques qui ont suivi sa communication ; mais la manifestation aussi insolite qu'imprévue provoquée par M. Bergeron à la fin de la dernière séance, après mon départ de l'Académie, me fait un devoir et me donne le droit de n'en pas rester là.

Il résulte de ce que j'ai appris par le compte rendu de la séance, que plusieurs membres, s'associant à l'initiative de M. Bergeron, ont cru devoir exercer à l'endroit de ma réponse à M. Fauvel une sorte de censure.

Sans m'occuper des motifs de cette réprobation collective, je me bornerai à résumer en quelques propositions ou conclusions les faits qui ont servi de base à mes différentes communications à l'Académie depuis que j'ai l'honneur de lui appartenir, c'est-à-dire depuis plus de quarante ans.

Les propositions de M. Jules Guérin peuvent se résumer ainsi :

1º Conformément à l'enseignement des plus grands maîtres de la science, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, j'ai toujours considéré l'évolution de toutes les épidémies, et des épidémies de choléra en particulier, comme un produit de certaines constitutions médicales résultant de modifications successives de l'atmosphère et de l'organisme.

2º Sous l'empire de ces modifications, les épidémies cholériques s'annoncent par des dérangements dans la santé, caractérisés surtout par des diarrhées, chez les enfants d'abord, chez les adultes et les vieillards ensuite. J'ai signalé ces faits à l'approche de toutes les épidémies de choléra, depuis l'année 1831, plus d'une année avant l'épidémie de 1832 et successivement pour les quatre grandes épidémies qui ont suivi celle de 1832, en 1849, en 1853, en 1866 et en 1873.

L'existence de ces diarrhées, auxquelles j'ai donné le nom de diarrhées prémonitoires des épidémies, a été confirmée par les observateurs les plus sévères de tous les pays.

3º Contrairement à la doctrine de l'importation, différentes contrées de la France sont restées pendant des mois, si ce n'est pendant une année, en rapport quotidien avec différents centres occupés par le choléra sans avoir contracté la maladie ; et lorsque la maladie y a fait son apparition dans quelques-unes comme à Paris en 1832, au Havre en 1873, il a été absolument impossible de découvrir un fait pouvant servir de prétexte à l'importation.

4º La contagiosité du choléra établie par un certain nombre d'observations incontestables et que j'ai toujours admises constitue un fait relatif, c'est-à-dire subordonné pour les localités, pour

l'individu et pour la maladie elle-même à des conditions préalables d'aptitude, de réceptivité et d'activité contingente qui expliquent tout à la fois l'impuissance des transports lointains et la stérilité si fréquente des contacts individuels.

5o Enfin et comme conséquences logiques et pratiques des faits qui précèdent, les mesures sanitaires employées aujourd'hui pour s'opposer à l'envahissement du choléra asiatique doivent être considérées comme des institutions caduques, qui seront un jour remplacées par le système des avertissements à domicile; système inauguré dès l'année 1849 en Angleterre, où, sur 130,000 cas de diarrhée prémonitoire dûment constatés, 250 seulement ont évolué jusqu'au choléra cyanique et mortel.

M. le Président dit que personne à l'Académie n'a eu la prétention d'exercer une censure quelconque sur les opinions de M. Jules Guérin; si ce fait s'était produit, M. le président n'aurait pas manqué de rappeler à l'ordre l'orateur qui se serait permis un pareil manque d'égards vis-à-vis de l'un de ses collègues.

M. Jules Guérin répond qu'il avait cru, d'après le compte rendu de quelques journaux, que ce fait s'était produit; il remercie M. le président de la déclaration qu'il vient de faire.

M. Fauvel n'entend pas discuter la doctrine de M. Jules Guérin reproduite pour la vingtième fois peut-être devant l'Académie, discutée à fond et complètement réfutée à diverses reprises. Il ne veut s'occuper que d'une question de fait. M. Jules Guérin a dit qu'en 1867 le choléra n'était pas venu à Paris, bien qu'il régnât en Europe et que l'Exposition universelle eût amené dans notre capitale des gens et des provenances de tous les pays du monde.

M. Fauvel répond qu'il y avait à cela une raison bien simple. En 1867, on sortait d'une grande épidémie de choléra qui avait sévi avec intensité non seulement en France, mais encore dans tous les autres pays de l'Europe. Cette épidémie, qui s'était déclarée en 1865, n'était pas complètement éteinte en 1866, même à Paris où quelques cas furent encore observés. Mais, en 1867, l'épidémie était complètement terminée en France et dans le reste de l'Europe. Voilà pourquoi le choléra n'est pas venu à Paris en 1867. C'est, en effet, une loi universellement acceptée, qu'une grande épidémie entraîne une immunité plus ou moins prolongée pour les pays qui en ont été atteints. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que, si quelques faits d'importation se sont produits à Paris en 1867, ces cas n'aient pas eu de retentissement et se soient éteints sur place sans se propager.

M. Jules Guérin a invoqué ensuite, à l'appui de ses opinions, le fait de l'épidémie de choléra déclarée à Vienne en 1873. Il demande pourquoi le choléra ne s'est pas propagé en France au retour des visiteurs français de l'Exposition de Vienne.

Mais, à cela, il y a encore une réponse facile à faire, suivant M. Fauvel; c'est que, en 1873, existait en France une épidémie de choléra, légère sans doute à Paris, mais très grave en Normandie. Sans nier que le choléra puisse se propager par la voie des chemins de fer, M. Fauvel admet, d'après l'observation des faits, que le choléra se propage plus difficilement par les chemins de fer que par les navires qui deviennent facilement des foyers d'infection.

M. Jules Guérin n'admet pas le dire de M. Fauvel que le choléra n'existât pas en Europe au moment de l'Exposition à Paris en 1867. Il trouve la preuve du contraire dans les numéros de la Gazette médicale de cette époque, où sont relatées les nouvelles du choléra signalé dans presque tous les pays de l'Europe. Si donc le choléra existait alors en Europe, comment se fait-il que la maladie n'ait point été importée à Paris pendant l'Exposition universelle? De même, comment se fait-il que l'épidémie de Vienne, en 1873, ne se soit pas propagée à Paris, au retour des visiteurs de l'Exposition de la capitale de l'Autriche? Et si, comme le dit M. Fauvel, le choléra sévissait alors avec intensité en Normandie, comment se fait-il qu'il n'ait pas été importé à Paris? Autant de faits qui plaident contre la doctrine de l'importation.

M. Jules Rochard : Je n'ai pas l'intention de traiter en ce moment la question de la contagion; je la crois jugée, et sa discussion me paraît inopportune.

Si je suis monté à la tribune, c'est pour répondre à ce qu'a dit M. Jules Guérin au sujet d'un incident qui s'est produit dans la dernière séance.

C'est moi qui ai exprimé l'avis que M. Jules Guérin était seul de son opinion au sein de l'Académie et qu'il serait à désirer que le fait fût bien constaté, afin qu'on ne pût se méprendre sur cette opinion. Personne n'a eu la pensée de censurer M. Guérin ni d'appeler sur sa personne la sévérité du bureau. Il ne s'agit pas aujourd'hui d'une question de doctrine, mais d'une question de fait. M. Fauvel, avec sa compétence toute spéciale et à l'aide de documents d'une exactitude incontestable, nous a démontré que le choléra qui règne en ce moment en Egypte y a été importé, et que cette importation est le résultat de la suppression des mesures sanitaires qui la protégeaient depuis seize années. Les mesures adoptées à la suite de la conférence de Constantinople ont été rigoureusement exécutées par le conseil sanitaire international d'Egypte, tant que la parole du représentant de la France y a été écoutée. Depuis que l'Angleterre a eu la haute main sur les affaires d'Egypte, l'action du conseil international a cessé de s'exercer, les quarantaines qui protégeaient le pays et l'Europe ont été supprimées.

Les provenances de l'Inde et notamment celles de Bombay ont été admises en libre pratique; les pèlerins de la Mecque eux-mêmes ont cessé d'être l'objet de la surveillance sévère à laquelle ils étaient depuis longtemps soumis.

Depuis longtemps la France, par la voix de ses consuls, de ses médecins sanitaires, donnait à l'Egypte des avertissements qui n'étaient pas écoutés; depuis plusieurs mois l'invasion du choléra en Egypte était prévue, annoncée, comme devant être la conséquence inévitable de la mise en oubli des précautions sanitaires si efficaces jusqu'alors. Les avertissements, les prières, n'ont pas été écoutés et le choléra s'est déclaré à Damiette et il s'est répandu de là dans toute l'Egypte.

Comme le disait mardi dernier M. Bouley, s'il avait fallu donner une preuve de plus de la transmissibilité du choléra, ce qui vient de se passer en serait la preuve éclatante, et je m'étonne encore qu'on ne trouve pas la démonstration évidente.

Maintenant personne ici ne suppose que si nous tenons à établir ces faits, ce soit pour le seul plaisir de récriminer contre une nation amie. Je n'incrimine pas ses mobiles, et l'Angleterre, pour des raisons que je n'ai pas à sonder, a sur ces questions des doctrines opposées aux nôtres. Ces doctrines ont prévalu en Egypte, nous en subissons la conséquence.

Eh bien, il faut tirer de là une conséquence pour l'avenir; si nous échappons au péril qui nous menace, il faut qu'on ne nous le fasse plus courir de nouveau; si nous le subissons dans toute sa rigueur, il faut que ce soit la dernière fois. Ce que je tiens à constater, c'est que les opinions de M. Jules Guérin lui sont personnelles et que pas un de nos collègues n'est venu à la tribune pour le défendre.

M. Jules Guérin : Je n'ai besoin d'être défendu par personne.

M. Rochard : Je sais fort bien que M. Jules Guérin n'a besoin de personne pour défendre ses opinions et tout le monde dans l'Académie connaît le talent et la persévérance qu'il met à les soutenir. Je m'appuie sur les rapports des médecins français d'Egypte, sur ceux de quelques médecins anglais; je m'appuie surtout sur les faits. On n'a pas pu suivre la contagion à la trace; lorsque le chauffeur du *Timor* est arrivé à Damiette, le choléra y était déjà, que m'importe? et qui ne sait pas qu'en pareille occurrence on ne suit jamais la maladie dans toutes ses pérégrinations? Lorsqu'on voit partir un coup de canon et qu'à quelques kilomètres de là on voit tomber une file d'hommes, on sait très bien que le boulet qui les renverse est parti de la pièce, quoiqu'on n'ait pu le suivre de l'œil dans son trajet. Eh bien, nous voyons partir des navires de Bombay où règne le choléra, nous les voyons arriver en Egypte, communiquer libre-

ment, et le choléra apparaît là où il ne s'était pas montré depuis des années. Et vous ne voulez pas que nous voyions entre ces deux faits une corrélation aussi directe qu'entre ceux que j'ai pris pour exemple !

M. Guérin voudrait peut-être m'entraîner sur un autre terrain, sur celui de la diarrhée prémonitoire ; je ne m'écarte pas de mon assertion première : le choléra est importé en Egypte, parce que l'on a supprimé les digues qui l'empêchaient d'y entrer. La suppression des quarantaines est le fait de l'influence anglaise ; il ne faut pas que cela recommence, et je prends acte de ce fait que l'Académie tout entière est de mon avis. (Applaudissements.)

— M. Charcot, au nom de la commission du prix Civrieux, lit un rapport sur les concours de ce prix pour 1882 ; la question proposée était la suivante : *Rechercher la cause de l'ataxie locomotrice.* M. le rapporteur analyse brièvement les divers travaux adressés à l'Académie au sujet de ce concours.

Les conclusions de ce rapport devront être lues et discutées en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juillet 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Lucas-Championnière, à propos du procès-verbal, rappelle qu'il a dit seulement que M. Terrillon avait trop généralisé en disant que les kystes para-ovariens étaient toujours inclus dans le ligament large ; il a dit simplement qu'il en avait observé deux qui étaient pédiculés.

—Propathies et traumatismes. — M. Verneuil vient répondre au deuxième discours de M. Trélat sur les rapports des diathèses et des traumatismes, et il veut circonscrire la discussion à la tuberculose, car c'est le seul point sur lequel ils sont en désaccord.

M. Trélat a contesté le fait que le traumatisme pouvait éveiller ou aggraver la tuberculose, et je viens, dit M. Verneuil, apporter de nouveaux faits assez nombreux, étant donné le peu de temps qui s'est écoulé depuis que j'ai commencé mes recherches sur ce sujet. L'orateur cite de nombreuses observations, tant personnelles qu'empruntées à d'autres auteurs, et il ajoute que, s'il voulait dresser une statistique des diathèses qui sont aggravées par le traumatisme, il placerait probablement la tuberculose au premier rang. Je n'ai pas dit, comme le pense M. Trélat, que le traumatisme produirait la méningite tuberculeuse, mais qu'il en provoque la production, ce qui est bien différent. M. Trélat voit une simple coïncidence dans les cas de mort survenus à la suite de traumatismes, moi j'y vois autre chose, et si je voulais expliquer cette influence, je trouverais deux explications au moins. Ou bien la stimulation produite par le traumatisme réveille une propathie latente, ou bien quand on opère sur des foyers tuberculeux on provoque une autoinoculation de produits tuberculeux.

En un mot, je veux dire qu'il faut se méfier quand on opère un tuberculeux, et je constate que M. Trélat est du même avis que moi.

M. Trélat : La première fois que j'ai parlé sur ce sujet, j'ai formulé cette proposition : Lorsque vous êtes en présence d'un tuberculeux, s'il souffre davantage de sa tuberculose viscérale, n'y touchez pas ; s'il souffre davantage de sa tuberculose externe, opérez. Je ne diffère avec M. Verneuil qu'au point de vue doctrinal. Au point de vue pratique, nous sommes d'accord, il faut se défier des tuberculeux. Pourquoi ? Voilà le point en litige. M. Verneuil dit : parce que le traumatisme aggrave la tuberculose ; moi je réponds : parce que le tuberculeux est un malade complexe, dont l'affection marche par étapes, avec aggravation, et qu'il peut arriver qu'une poussée de tuberculose survienne peu de temps après votre intervention, et cela parce que le malade est toujours dans l'imminence d'accidents graves.

Personne n'a eu la pensée de dire que le traumatisme ne comptait pas, mais il ne faut pas mettre sur le même pied une simple ponction d'abcès, une amputation ou une résection.

Je pense qu'il est très difficile d'apprécier le pronostic d'une opération chez un tuberculeux.

M. Desprès : Un vieux chirurgien ne peut jamais se tromper sur l'état d'un tuberculeux ; il faut s'enquérir de trois choses : l'état de la température, les antécédents héréditaires et l'état des voies digestives, enfin il faut s'informer si le malade a maigri dans les derniers temps, et, si les réponses sont négatives, on peut opérer.

— M. Bouilly lit une observation intitulée : « Coup de pied de cheval, rupture de l'intestin grêle, sans contusion de la paroi abdominale, laparotomie, résection de dix centimètres d'intestin, péritonite, mort au onzième jour.

M. Lucas-Championnière présente un aspirateur de M. Picot et construit par M. Creuzan (de Bordeaux).

Dr Henri Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juillet 1883. — Présidence de M. Millard.

Correspondance. — MM. les docteurs Letulle et Chauffart, récemment nommés médecins du Bureau central, demandent à faire partie de la Société.

Nécrologie. — M. Millard annonce en termes émus la mort de M. Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants, dont le caractère droit et affable lui avait conquis l'estime et l'amitié de tous ses confrères. Il invite M. Desnos, secrétaire général, à donner lecture du discours qu'il a prononcé sur sa tombe au nom de la Société médicale des hôpitaux.

M. Desnos rappelle les nombreux travaux de celui dont la Société déplore la perte, notamment sur la ponction de la poitrine dans les épanchements pleurétiques chez les enfants, sur la trachéotomie, les maladies des méninges, etc.; il montre combien sera difficile à combler le vide laissé dans la médecine infantile par la mort de M. Archambault; d'Archambault, dit-il, qui devait être naguère nommé professeur de clinique médicale infantile à l'hôpital de la rue de Sèvres, si ce projet n'avait été tout à coup englouti au milieu des fluctuations politiques gouvernementales.

Isolement des varioleux. — M. Gombault lit une note sur les cas de variole qui se sont déclarés à l'hôpital Saint-Antoine, du 1er décembre 1882 au 30 juin 1883, et qui sont entrés dans le service des varioleux. Ces cas sont au nombre de 31, et dans ce chiffre ne sont comprises que les varioles développées 10 jours au moins après l'arrivée des malades à l'hôpital.

Ces 31 malades se réduisent en réalité à 28, 3 d'entre eux ayant contracté la variole dans la salle même des varioleux, où ils avaient été placés par erreur. Ces 28 cas se décomposent en 14 hommes et 14 femmes. Des 14 hommes, 8 proviennent des services de chirurgie, 6 des services de médecine. Des 14 femmes, au contraire, 4 seulement appartiennent à la chirurgie et 10 aux services de médecine.

Les 28 varioles se sont déclarées : 4 en décembre 1882, 4 en janvier, 5 en février, 9 en mars, 8 en avril, 1 en mai et 0 en juin. Elles ont donné lieu réellement à un seul décès : une femme. Bien que parmi les femmes on compte trois décès, un seul est imputable à la variole, les deux autres malades ayant succombé : l'une à la phthisie longtemps après être guérie de la variole; l'autre à une hémorrhagie stomacale, conséquence d'un ulcère de l'estomac.

Au point de vue de la gravité, ces 28 cas se divisent en 6 vario-

les discrètes, 8 varioles cohérentes, 2 varioles hémorrhagiques et 12 varioloïdes.

La métallothérapie a l'Hôtel-Dieu, en 1879, dans le service de M. Panas. — Sous ce titre, M. le docteur Burq adresse l'observation d'une femme de 27 ans, atteinte d'amblyopie hystérique, anesthésie absolue dans tout le côté droit, parésie générale, météorisme considérable, paralysie complète de la vessie, aménorrhée, vomissements incoercibles, céphalée, hyperesthésies diverses. Cette femme guérit quatre fois de suite sous l'influence du platine administré en potion et en injections sous-cutanées.

L'affection remontait à sa deuxième enfance. Tout avait absolument échoué. L'électricité et l'aimant s'étaient montrés eux-mêmes impuissants. C'est la thermo-métalloscopie qui, dans ce cas, seule, fit découvrir la sensibilité métallique. Après avoir vainement essayé de l'application de tous les autres métaux, ainsi que des injections d'or, on appliqua sur l'avant-bras, frappé d'anesthésie et d'amyosthénie, une armature de platine. On mit un thermomètre dans la main correspondante, et la température, qui, auparavant, *sans métal*, était restée stationnaire entre 25 et 26o, monta progressivement jusqu'à 35o. Mais cette application n'amena aucun changement du côté de la sensibilité.

On fit ensuite une injection dans le bras, au niveau du deltoïde, avec une solution de chlorure de platine à 1/100. L'anesthésie du membre disparut bientôt après, progressivement, et fut remplacée par l'hyperesthésie. De plus, la force musculaire atteignit de ce côté 40 k. au lieu de 18. La sensibilité platine ne pouvant plus faire doute, on administra et on injecta la solution ci-dessus à dose progressive. Sous l'influence de ce seul remède, le platine, qui, pas plus que l'aluminium, n'avait encore reçu aucune application en médecine, la guérison marcha avec une rapidité sans pareille, tous les troubles cessèrent presque du jour au lendemain, les règles revinrent avec une abondance qu'elles n'avaient jamais eue, et les globules sanguins atteignirent bientôt le chiffre normal.

Abcès périnéphrétique. — M. Lantier communique une observation d'abcès périnéphrétique chez un homme de 30 ans, jouissant ordinairement d'une bonne santé. La maladie avait débuté par un phlegmon de l'aisselle se prolongeant sous le grand pectoral. Ce phlegmon traité par l'onguent napolitain et les cataplasmes, s'était terminé par résolution; mais au moment où la tumeur avait à peu près complètement disparu, des douleurs abdominales et lombaires du côté gauche étaient survenues, suivies bientôt de la formation d'un phlegmon périnéphrétique. Celui-ci eut la même marche et la même terminaison par résolution que le phlegmon de l'aisselle sans qu'il y ait eu aucune évacuation de pus. Le malade est actuellement parfaitement rétabli.

Inosurie. — M. Laboulbène appelle l'attention de ses confrères sur l'inosurie succédant au diabète glycosurique vrai et paraissant avoir une action favorable.

Après avoir rapporté succinctement l'observation de trois malades qui, après avoir été franchement glycosuriques, ont cessé d'avoir le sucre caractéristique dans leurs urines, mais chez lesquels la présence de l'inosite a été nettement, quoique difficilement, constatée, il cite trois autres faits d'inosite chez des malades primitivement glycosuriques. Chez tous ces malades, l'amélioration et le retour à la santé coïncidèrent avec l'apparition de l'inosite dans les urines. De ces quelques faits, et tout en appelant de nouvelles recherches à l'appui, M. Laboulbène se demande si l'on ne serait pas en droit de conclure que l'inosurie, succédant à la glycosurie vraie, est un signe pronostique favorable. En tout cas, dit-il en terminant, c'est à l'avenir qu'appartient la solution de ce problème.

Réfrigération et fièvre typhoïde.—Dans cette troisième note, M. Dumontpallier tient à établir surtout et de nouveau que l'opinion qu'il a soutenue, dans ses précédentes communications, sur la réfrigération du corps humain dans les maladies hyperthermiques et en particulier dans la fièvre typhoïde est fondée à la fois sur l'observation clinique et sur la physiologie expérimentale.

Des considérations que j'ai exposées, dit-il, ne suis-je pas en droit de conclure : 1° que, d'une façon générale, la réfrigération de la surface du corps ne détermine pas de congestions thoraciques, abdominales ni encéphaliques; 2° que la réfrigération méthodique, c'est-à-dire lente, progressive et mesurable, ne saurait être accusée d'exposer les malades à aucune complication congestive viscérale; 3° que la méthode réfrigérante abaisse la régulation thermique et cela de jour en jour, diminue les congestions organiques et conjure les accidents qui sont dus à l'hyperthermie; 4° la méthode de Brand mérite donc d'être sérieusement expérimentée.

Méthode de Brand. — A la suite de cette communication, M. Millard propose à ses confrères d'émettre le vœu suivant : La Société médicale des hôpitaux, frappée de la diminution de mortalite dans les armées allemandes par l'emploi de la méthode de Brand, émet le vœu que cette méthode soit appliquée dans toute sa rigueur dans un ou deux hôpitaux militaires français, lesquels seuls disposent du personnel nécessaire pour qu'elle puisse être réellement expérimentée.

Ce vœu, n'étant appuyé par aucun des membres présents de la Société, est retiré par son auteur.

Pleurésie purulente et empyème. — M. Debove présente un jeune homme de vingt-trois ans entré dans son service le 21 mai dernier pour une pleuro-pneumonie. Très souffreteux depuis quelque temps déjà, il avait été pris tout à coup le 15 mai dernier d'un frisson et d'un point de côté à gauche. Si la chute de la température à 37°,6 indiquait le 28 la fin de la pneumonie, par contre son relèvement les jours suivants à 39° et à 40° le 6 juin montra que l'on restait en face d'une pleurésie. En effet, l'épanchement était considérable et les exacerbations vespérales ainsi que l'œdème de la moitié inférieure du tronc, des membres inférieurs et de la face permettaient de supposer qu'il était de nature purulente. Aussi, dès le 7 juin, M. Debove pratiquait la thoracentèse et retirait un litre de pus; à la suite de cette opération, les phénomènes fébriles diminuaient rapidement, ainsi que la dyspnée. Mais l'amélioration n'était que passagère, et huit jours plus tard la température remontait à 39 et 40°. C'est alors qu'il se décida à pratiquer l'empyème, le 16 juin, malgré le mauvais état général du malade.

L'incision fut pratiquée dans le cinquième espace intercostal et un peu en arrière. Elle donna lieu à l'écoulement de quatre litres de pus. Le 7 juillet, le drain fut retiré et le 9 la plèvre avait cessé de communiquer avec l'extérieur; il ne restait plus qu'une petite plaie bourgeonnante. Pendant ce temps, une seule fois la température se releva à 38°,9, mais cet accident put être attribué en toute certitude à une oblitération du drain. Le malade fut guéri en trois semaines.

Si, malgré un état général détestable, M. Debove obtint un si beau succès, il croit devoir l'attribuer : 1o à la rapidité de l'intervention, car, en retardant l'opération, des lésions de la plèvre eussent empêché le poumon de reprendre son volume; 2o à l'application rigoureuse des procédés antiseptiques. En effet, M. Debove s'est conformé aux principes énoncés par M. Wagner, c'est-à-dire lavage de la partie gauche du thorax à l'eau phéniquée, désinfection de tous les instruments, incision dans le cinquième espace intercostal, lavage de la plèvre à l'eau bouillie (un seul lavage), introduction d'un gros drain, pansement de Lister, pansements aussi rares que possible.

Il est donc évident que si toutes ces précautions sont soigneusement observées, la guérison de la pleurésie purulente deviendra la règle alors qu'elle était l'exception.

Motion. — Le rapport de la commission nommée pour étudier la question de l'isolement des varioleux devant exiger un certain temps avant de pouvoir être présenté, M. Debove demande que d'ores et déjà la Société émette le vœu, en l'appuyant de toute son autorité, que l'administration de l'Assistance publique exige désormais de tout candidat à l'externat un certificat de revaccination, ainsi que de tout élève qui veut suivre les hôpitaux. — M. Buc-

QUOY appuie vivement cette motion ; il demande aussi que la mesure soit appliquée à tout étudiant en médecine.

La proposition de M. Dehove est adoptée à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

VARÈLE.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement de la goutte. — La goutte est une affection générale qui tient à l'état du sang et dont la cause réside souvent dans une nourriture trop animalisée d'une part, et de l'autre dans une déperdition insuffisante. Le sang puise dans les aliments trop azotés un excès d'urée, et si les reins n'éliminent pas cet excès, l'acide urique donne lieu à la gravelle et à la diathèse goutteuse. Le travail et la fatigue, en activant la circulation et la respiration, diminuent la proportion de l'urée. De là cette conséquence que, sous notre climat du moins, la goutte est la maladie des riches. Les femmes y sont moins sujettes que les hommes ; le pourquoi de cette différence est bien difficile à trouver.

La goutte est une affection très douloureuse et produit parfois les accidents les plus graves. Elle peut être acquise ou héréditaire ; dans le premier cas, elle ne se montre guère qu'à l'âge où la perspiration commence à diminuer ; dans le second, elle apparaît souvent beaucoup plus tôt. L'invasion de la goutte est souvent précédée de troubles digestifs, de fourmillements et de crampes dans les membres ; d'autres fois, elle a lieu brusquement. Presque toujours elle commence par les gros orteils, pour s'étendre promptement aux petites articulations et se fixer ensuite dans les grandes. L'attaque dure de sept à trente jours, et se compose de quatre ou cinq accès. A la suite de ces accès, il se forme dans les parties atteintes des noyaux ou concrétions qui sont essentiellement formés d'urate de soude et atteignent la grosseur d'une noisette et même d'une noix.

La goutte n'affecte pas toujours la forme aiguë ou régulière, elle est quelquefois chronique ou irrégulière. Dans cette forme, les douleurs articulaires sont généralement beaucoup moins vives ; elles s'accompagnent de gonflements sans rougeur, et persistent, augmentent ou diminuent irrégulièrement, sans jamais présenter d'intermittences, ni par conséquent d'accès. Enfin, dans quelques cas, heureusement assez rares, les symptômes locaux disparaissent tout à coup et la goutte répercutée vers le cerveau, le cœur, l'estomac ou les poumons, y produit des accidents souvent mortels.

Cette terrible diathèse a été combattue par bien des moyens, et il s'en faut de beaucoup que le succès ait répondu aux efforts Les moyens antiphlogistiques sont, la plupart du temps, sans efficacité ; l'application de sangsues est inutile ou nuisible ; les purgatifs légers ont produit parfois de bons effets ; encore n'en faut-il pas abuser sous peine de les voir bientôt devenir complètement inefficaces, ou bien d'affaiblir le malade outre mesure. Il existe cependant une préparation dont les bons effets ont été souvent constatés et que l'approbation des docteurs Alibert, Velpeau et Andral a consacrée depuis longtemps, c'est le sirop antigoutteux de Boubée. Cette préparation, administrée au début d'un accès de goutte, en enraye immédiatement la marche et calme presque instantanément la douleur ; elle procure au malade une transpiration modérée qui termine la crise sans aucun risque d'affaiblissement. Le sirop de Boubée est sudorifique, stimulant, légèrement purgatif, diurétique et antispasmodique. Par ces diverses qualités, il arrive promptement à placer le malade dans ces conditions de régularité fonctionnelle et de calme qui amènent d'abord le soulagement, et avec la persévérance, la guérison.

Le sirop de Boubée peut être pris pur, mêlé à une tisane de tilleul, ou en lavement ; la dose est de 4 cuillerées à bouche à prendre en se couchant, trois heures après le dernier repas pendant la période des crises ; ou de 2 cuillerées seulement pendant quatre jours, pendant trois mois, à titre de préservatif à la suite d'un accès.

(Union médicale.) Dr E. LASNIER.

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DU DIABÈTE, PRÉCÉDÉE DE CONSIDÉRATIONS SUR LA PATHOGÉNIE ET LE DIAGNOSTIC DE CETTE MALADIE, in-8. — Paris, Delahaye et E. Lecrosnier, 1883.

Par M. le docteur L. Souligoux, médecin consultant à Vichy, etc., lisons-nous au-dessous du titre de ce mémoire. Et voilà qu'en ouvrant le petit volume j'étais déjà prévenu. Je m'attendais à voir préconiser Vichy contre toutes les formes du diabète. Avez-vous le diabète gras ? Venez à Vichy ! — Etes-vous en proie au diabète maigre ? Vichy vous réclame. Vichy, encore Vichy ; Vichy toujours et quand même. Voilà l'appel que je m'attendais à trouver à toutes les pages de cette grosse brochure. Eh bien ! la littérature des villes d'eaux est aussi trompeuse que leurs naïades. Je confesse mon erreur ; je me suis trouvé en face d'une étude on ne peut plus sérieuse sur le traitement du diabète, sur la pathogénie et même sur le diagnostic de ce syndrome singulier. J'ai trouvé là bien autre chose qu'un plaidoyer *pro domo*. Et, pour prouver mon dire, il me suffirait presque de copier la table des matières. Tenons-nous-en à quelques indications sur la partie relative au traitement.

En premier lieu, voici tout au long détaillé le régime diététique suivi de quelques conseils hygiéniques sur l'exercice musculaire qui convient aux diabétiques et qui ne devra jamais être poussé jusqu'au surmenage.

Ensuite on passe au traitement pharmaceutique, chapitre très complet dans lequel sont passés successivement en revue et appréciés : l'acide salicylique et le jaborandi, la digitale et la vératrine, les balsamiques et la glycérine, la valériane et le bromure de potassium, comme le sulfate de quinine et la teinture d'iode, sans oublier l'iodoforme non plus que l'acide phénique ou l'acide lactique, non plus que la strychnine, l'arsenic, l'opium, les alcalins, voire même l'électrisation des peumogastriques. Nous voici arrivés aux eaux minérales alcalines ; naturellement et fort justement, on trouvera dans cette partie l'étude raisonnée de l'influence de la cure thermale par les eaux de Vichy sur la glycosurie et l'azoturie. En somme, voilà une œuvre consciencieuse et dont la lecture peut être recommandée à tous les praticiens.

Dr F. A.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

CHOLÉRA. — Il semble résulter aujourd'hui des nouvelles, quelque peu contradictoires parfois, de l'épidémie cholérique en Égypte, que celle-ci tend à diminuer, du moins quant au nombre des victimes. L'on ne sait, du reste, relativement à la mortalité, que les chiffres que le gouvernement anglais veut bien communiquer officiellement. Un très grand nombre de décès nous échappent certainement, d'abord parce qu'ils sont passés volontairement sous silence, ensuite parce que les statistiques officielles ne rapportent que les morts survenues dans les localités où il y a des médecins. Parmi les victimes, nous devons citer un chirurgien militaire anglais, le docteur Lewis.

Une nouvelle plus grave, si elle se confirmait, serait l'apparition du choléra en Syrie. Il y aurait eu dans un village du Liban, situé à deux heures de distance de Beyrouth, un cas suspect de choléra ; le malade aurait succombé.

Quoiqu'il en soit, voici les chiffres des décès annoncés officiellement depuis notre dernier bulletin, c'est-à-dire du 26 juillet au 1er août *inclusivement :*

Le Caire	2088	Rosette	51
Tantah	261	Ismaïlia	49
Zagazig	97	Alexandrie	15
Benta	78	Suez	3

Chirbine-el-Kom 308 du 26 au 28 juillet.
Mehallet-el-Kebir. 194 —
Ghizeh 55 —
Ziftah 19 —

Soit, en y comprenant diverses autres localités, un total de près de 4,000 décès pour les sept journées du 26 juillet au 1er août inclusivement.

En résumé, le chiffre total général des décès cholériques, depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 juillet *inclusivement*, serait de 11,645. Dans ce total n'est pas compris, comme nous le disions plus haut, le nombre des décès survenus dans les villages où il n'y a pas de médecin et où, par conséquent, il a été impossible de constater officiellement les décès.

***

Nécrologie. — M. le docteur Contour (L.-A.), chevalier de la Légion d'honneur, est mort le 30 juillet 1883, à l'âge de 66 ans. Il exerçait la médecine à Paris depuis près de quarante ans.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Morvan.

***

Faculté de médecine de Paris. — Les vacances annuelles commenceront le 5 août 1883. Pendant ce temps, le service de la Bibliothèque de la Faculté est fixé ainsi qu'il suit : 1° fermeture des salles du 6 au 15 août inclusivement pour le nettoyage et le classement des livres ; 2° réouverture le 16 août ; les séances auront lieu trois fois par semaine : les mardis, jeudis et samedis, de midi à quatre heures ; 3° les séances du soir seront supprimées jusqu'au 14 octobre inclusivement.

***

Facultés et Ecoles de médecine. — Les trois projets suivants relatifs à l'enseignement de la médecine ont été adoptés par le Conseil supérieur de l'instruction publique dans sa dernière séance :

Le premier fixe le régime d'études des aspirants au titre d'officier de santé : tout candidat, en prenant sa première inscription, doit justifier, à défaut d'un diplôme de bachelier, du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle.

Le second projet de décret concerne les Ecoles de plein exercice de médecine et de pharmacie ; il accorde aux aspirants au doctorat en médecine, élèves de ces Ecoles, le privilège nouveau d'y prendre seize inscriptions.

Un troisième projet de décret réorganise les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, fixe à 2,500 fr. le traitement des professeurs titulaires, ajoute la physique aux matières de l'enseignement, établit six professeurs suppléants au lieu de quatre, et impose aux villes l'obligation de mettre à la disposition des Ecoles une ou plusieurs salles consacrées aux maladies des enfants.

***

Hôpital provisoire. — Le conseil municipal de Paris a voté dans l'une de ces dernières séances un crédit de 480,000 francs pour l'administration de l'Assistance publique qui doit consacrer cette somme :

1° A la construction de baraquements pouvant recevoir 200 lits (100 pour les hommes et 100 pour les femmes) avec les services indispensables ;

2° A la lingerie, aux matelas et autres objets mobiliers nécessaires.

Le tout en vue de parer aux éventualités d'une épidémie cholérique.

Les baraquements devront être établis sur un des bastions de l'enceinte fortifiée et disposés de manière à servir ultérieurement, au besoin, d'hôpital pour les malades atteints d'affections contagieuses : variole, fièvre typhoïde, etc.

***

Mission sanitaire. — Le gouvernement français a décidé, sur l'initiative de M. Pasteur, l'envoi en Egypte d'une mission sanitaire chargée d'étudier l'épidémie cholérique qui sévit dans ce pays. Cette mission, dont la durée ne peut être évaluée à moins de deux mois, entraînera une dépense de 50,000 francs, laquelle a été votée à l'unanimité par la Chambre des députés. Cette mission se composera de M. Straus, médecin des hôpitaux de Paris, MM Roux et Tbuillier, attachés au laboratoire de M. Pasteur, et M. Nocard, vétérinaire d'Alfort.

***

Concours de l'agrégation. — La soutenance des thèses a lieu dans l'ordre suivant :

A. *Section d'histoire naturelle.*

Candidats	Argumentateurs
MM. Granel	MM. Blanchard et Mangenot.
Macé	Beauvisage et Henneguy.
Beauvisage	Macé et Granel.
Henneguy.	Mangenot et Beauvisage.
Blanchard	Henneguy et Macé.
Mangenot	Granel et Blanchard.

B. *Section d'anatomie et physiologie.*

MM. Reynier	MM. Imbert et Debierre.
Variot	Wertheimer et René.
Wertheimer	Quenu et Demon.
Demon	Reynier et Planteau.
Debierre	René et Wertheimer.
Imbert	Variot et Quenu.
Quenu	Debierre et Demon.
Planteau	Variot et Reynier.
René	Planteau et Imbert.

***

Inspection médicale. — Par arrêté préfectoral sont nommés pour trois ans médecins-inspecteurs des écoles primaires et maternelles communales des cantons de Charenton, Sceaux, Villejuif, Vincennes, Neuilly et Pantin, MM. les docteurs Guerlin (de Charenton), Roussel (de Champigny), Delthil (de Nogent-sur-Marne), Caillette (de Créteil), Vazeille (d'Issy), Baudet (de Vanves), Mazars (de Bourg-la-Reine), Reulos (de Villejuif), Vosy (de Choisy-le-Roi), Verollot (d'Ivry), Durand (d'Arcueil), Pachot (de Vincennes), Foucher (de Saint-Mandé), Garavel (de Montreuil), Putel (de Neuilly), Bezançon (de Boulogne), Tariote (de Levallois-Perret), Hellet (de Clichy), Edelmann (de Pantin), Augier (des Lilas) et Pouillet (de Noisy-le-Sec).

***

Concours. — Un concours public pour la nomination à deux places d'élèves internes et d'un nombre non déterminé d'internes provisoires dans les hôpitaux de Lyon s'ouvrira le 8 octobre prochain.

***

Nominations. — Par arrêté préfectoral, M. le docteur Sevestre, médecin des hôpitaux de Paris, est nommé médecin du collège Chaptal, en remplacement de M. le docteur Archambault, décédé.

— M. le docteur Périn est nommé membre de la commission scolaire du troisième arrondissement de Paris.

***

Ecole de médecine d'Alger. — M. Soulié est nommé, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, en remplacement de M. Degraëve, décédé.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. le docteur Javal est chargé d'une mission ayant pour objet de visiter les écoles de l'empire d'Autriche-Hongrie au point de vue spécial des questions relatives à l'hygiène.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision en date du 3 juillet 1883, M. Aron Jules, médecin principal de première classe de l'hôpital militaire de Rennes, a été désigné pour remplir les fonctions de directeur du service de santé du 10e corps d'armée et de médecin en chef de l'hôpital militaire de Rennes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE.

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

19. M. Guidon. De l'adénome et du myxo-adénome de la parotide. — 20. M. Watier. Contribution à l'étude de la prophylaxie de la variole. — 21. M. Barrois. Contribution à l'étude des enveloppes du testicule. — 22. M. Bouriez. Recherches sur les jalaps. — 23. M. Manoury. Etudes sur l'hygiène de la ville de Lille. — 24. M. Bellard. Contribution à l'étude des monstres célosomiens. — 25. M. Druon. La fièvre puerpérale; prophylaxie antiseptique. — 26. M. Boutleux. Contribution à l'étude de la contagion de la dothiénentérie.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 19 JUILLET AU JEUDI 25 JUILLET 1883.

Fièvre typhoïde 32. — Variole 12. — Rougeole 16. — Scarlatine 5. — Coqueluche 15. — Dipthérie, croup 24. — Dysenterie 2. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 50. — Phthisie pulmonaire 181. — Autres tuberculoses 16. — Autres affections générales 70. — Malformation et débilité des âges extrêmes 39. — Bronchite aiguë 12. — Pneumonie 64. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 85, — au sein et mixte 40. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 78. — de l'appareil circulatoire 47. — de l'appareil respiratoire 61. — de l'appareil digestif 53. — de l'appareil génito-urinaire 37. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme; Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 29. — Causes non classées 9. — Total de la semaine: 1002 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE; THÉRAPEUTIQUE DES DIFFORMITÉS CONGÉNITALES OU ACQUISES. — Leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants malades par le docteur L.-A. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, recueillies et publiées par le docteur Pierre-J. Mercier. Un vol. in-8 de 650 pages et 129 fig. — Prix : 9 fr. — Paris, 1883, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DU CŒUR ET DE LA CROSSE DE L'AORTE, par M. Michel Peter, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8 de 844 pages, fig. et 4 planches col. — Prix : 18 fr. — Paris, 1883, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

54e année. 6e série. Tome V. N° 32 11 AOUT 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE ;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN ;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 9 août 1883.

Académie de médecine : MORT DE M. LE PROFESSEUR PARROT. — LA CHALEUR ET LE CHANCRE SIMPLE. — RAPPORT DE M. COLIN. — DE LA NON-CONSOLIDATION DES FRACTURES CHEZ LES DIABÉTIQUES.

M. le président, au début de la séance, annonce à l'Académie la mort de M. Parrot. Bien que la santé de l'éminent professeur ait à plusieurs reprises causé de vives inquiétudes, il est bien certain que les grandes fatigues qu'il s'est imposées pour organiser l'enseignement de la clinique infantile et pour poursuivre ses recherches favorites de laboratoire ont beaucoup contribué, dans un milieu infesté, à aggraver l'état de sa santé.

M. Aubert (de Lyon) a lu à la tribune un travail sur l'influence de la chaleur sur le chancre simple.

Pour l'auteur, on s'expliquerait, par l'action destructive de la chaleur sur le virus chancreux, l'absence d'adénite virulente dans le chancre du col, la rapidité d'évolution de ce dernier. On comprendrait également l'action salutaire des érysipèles et des pyrexies de toute nature sur l'évolution des chancres simples et phagédéniques, l'échec des inoculations pratiquées dans ces conditions, la gravité variable du chancre selon la région anatomique où il se développe, etc.

M. Aubert termine son mémoire en préconisant la chaleur pour annihiler le virus chancreux.

Le bain de siège à 40o lui aurait fourni les meilleurs résultats.

M. Colin lit son rapport annuel. A ce propos, M. Larrey prend la parole pour insister sur l'insuffisance des services de médecine publique en France.

On sait les efforts de la Société d'hygiène pour réorganiser ces services dans notre pays. On connaît les rapports remarquables de deux de ses membres les plus distingués, MM. Martin et Napias. Espérons donc que M. Colin, en insistant à nouveau sur cette question dans son rapport, décidera enfin les pouvoirs publics à créer sinon un ministère de la médecine, puisque la chose semble impossible pour le moment, du moins une direction médicale qui centraliserait tous les services aujourd'hui disséminés dans nos diverses administrations.

M. le professeur Verneuil, dans une des dernières séances, est venu faire diversion aux occupations habituelles de l'Académie, par la lecture d'une note très intéressante sur l'influence du diabète sur la non-consolidation des fractures.

Déjà, depuis quelques années, le savant professeur de la Pitié a montré l'influence du diabète sur la marche des lésions traumatiques, surtout chez les alcooliques.

Aujourd'hui, M. Verneuil apporte quatre cas relatifs à des diabétiques chez lesquels la consolidation a été tardive, ou imparfaite, ou nulle.

Ce fait viendrait tout d'abord confirmer la théorie de Bouchard, qui classe le diabète parmi les maladies imputables à un ralentissement de la nutrition.

L'étude attentive de ces cas montre que l'ossification ne paraît pas dépendre de la quantité de sucre rendue dans les vingt-quatre heures. C'est là un fait qui peut surprendre *à priori*, mais que viendra peut-être renverser l'examen d'un plus grand nombre de cas. Il serait en effet intéressant de savoir si le chirurgien, si bien armé, dans la majorité des cas, pour prévenir les complications traumatiques possibles chez les diabétiques, ne pourrait pas également, par une thérapeutique appropriée, éloigner les chances de pseudarthrose.

Quoi qu'il en soit, l'éveil est donné, et les chirurgiens feront bien désormais, par l'examen préalable des malades, de fournir des éléments à la nouvelle thèse de M. Verneuil ; mais, il faut bien le reconnaître, l'interprétation de ces faits sera toujours très délicate, car nombreuses sont les causes locales ou générales qui peuvent influer sur la formation régulière du cal.

P.

CLINIQUE CHIRURGICALE

TUMEUR DU VOILE DU PALAIS. — LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE.

Service du professeur A. DUBRUEIL, à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier (9 juin).

Messieurs,

Vous avez été témoins, il y a aujourd'hui deux semaines, d'une ligature de la carotide primitive faite dans des conditions anormales.

La femme sur laquelle elle a été pratiquée a déjà subi, il y a sept ans, l'amputation de la jambe gauche, à la suite d'une fracture compliquée. Elle est, en outre, atteinte d'une scoliose des plus prononcées. Depuis six mois, elle s'était aperçue que son voile du palais augmentait de volume du côté gauche ;

cette tuméfaction, accompagnée de douleurs, a fini par apporter une gêne notable aux fonctions de la phonation et de la déglutition, ce qui a engagé la malade à venir à l'hôpital.

Là, nous avons constaté que la moitié gauche du voile du palais était le siège d'une tumeur s'arrêtant sur la ligne médiane, au voisinage de laquelle elle présentait son volume le plus considérable; de ce point, elle s'étendait sur le bord gauche du voile en diminuant de volume.

Dans sa portion la plus saillante, la tumeur occupait le palais mou dans toute sa hauteur et mesurait à peu près deux centimètres d'avant en arrière. La muqueuse qui la recouvrait avait conservé sa coloration normale et ne paraissait que médiocrement adhérente. En palpant la tumeur avec le doigt, on percevait une sensation de dureté, de résistance, et on ne sentait ni fluctuation ni pulsations.

Pas d'engorgement ganglionnaire, état général assez bon, bien que la malade paraisse plus âgée qu'elle ne l'est en réalité. (Elle a trente-huit ans.)

J'avoue que le diagnostic me parut difficile à établir d'une façon précise; je crus tout naturellement à l'existence d'une tumeur solide, mais je ne pus affirmer sa nature. Somme toute, j'écartai l'idée d'une tumeur maligne, et j'admis que j'avais affaire à un adénome ou à un sarcome.

Je songeai à débarrasser la malade, et bien qu'il n'y ait pas normalement de vaisseaux volumineux dans le voile du palais, voulant éviter les ennuis d'une hémorrhagie produite par quelque branche artérielle augmentée de volume, je résolus de procéder de la façon suivante : inciser de haut en bas la muqueuse du voile du palais au niveau de la portion la plus saillante de la tumeur; isoler cette dernière avec le doigt et, lorsque l'isolement serait suffisant, achever de la détacher avec l'anse du serre-nœud de Maisonneuve. Je comptais ainsi me mettre d'une façon complète à l'abri de l'hémorrhagie.

La section de la muqueuse avec le bistouri ne présenta rien de particulier; mais, au moment où j'isolais la tumeur avec le doigt au voisinage du bord gauche du voile du palais, la malade se mit à rejeter par la bouche des flots d'un sang rutilant, qui d'autre part s'introduisait dans le larynx et menaçait de l'asphyxier. Elle était donc placée entre deux dangers immédiats : la mort par hémorrhagie, la mort par asphyxie.

Pour arrêter l'écoulement sanguin, avec les doigts de la main droite je comprimai immédiatement la carotide primitive gauche contre la colonne vertébrale. L'hémorrhagie diminua, mais sans cesser complètement; je résolus alors de lier la carotide primitive; je ne savais, en effet, si le sang venait de la carotide interne ou bien d'une branche pharyngienne ou palatine anormalement développée.

La patiente était assise sur une chaise élevée, affaissée sur elle-même, et par conséquent dans une position des plus défavorables pour cette opération. Néanmoins, confiant au chef de clinique le soin de comprimer la carotide primitive un peu au-dessous de sa bifurcation, je la liai vers sa partie moyenne, non sans avoir été notablement gêné dans la manœuvre par un écoulement de sang veineux qui s'épanchait dans la plaie et masquait les parties sous-jacentes. Bref, le vaisseau fut lié et l'hémorrhagie arrêtée; mais la malade était alors bien bas. Nous l'étendîmes sur le lit d'opérations, la tête dans une position déclive, nous lui fîmes boire quelques gorgées de rhum et nous faradisâmes le nerf phrénique.

Grâce à l'emploi de ces moyens, elle revint à la vie, et on appliqua un pansement antiseptique sur la plaie de la ligature. Avant de quitter la malade, je m'aperçus qu'elle était aphone; je constatai en outre qu'à gauche (côté de la ligature) on percevait, très faiblement il est vrai, mais enfin on percevait les battements de la temporale et de la faciale.

L'opération avait été faite à onze heures; une heure après, la patiente fut rapportée dans son lit. J'avais recommandé que l'on vînt me chercher s'il survenait le moindre accident. A une heure et demie, on vint me dire que l'opérée avait à nouveau rejeté du sang par la bouche. Je me rendis immédiatement auprès d'elle; elle ne rendait plus de sang; mais, redoutant une reproduction de l'hémorrhagie qui, dans l'état de débilité où se trouvait la malade, devait fatalement et promptement se terminer d'une façon funeste, je résolus de prendre toutes les mesures possibles pour écarter ce danger. Je plaçai une seconde ligature sur la carotide primitive à un centimètre et demi environ plus haut que la précédente, puis je liai successivement la thyroïdienne supérieure, les carotides externe et interne.

Pendant ces manœuvres, je vis le nerf pneumogastrique et je m'assurai qu'il n'était compris dans aucune des ligatures pratiquées en dernier lieu.

Je prescrivis deux potions, l'une avec vingt gouttes de perchlorure de fer, l'autre contenant des stimulants diffusibles; je recommandai en outre de faire prendre à la malade du bouillon par cuillerées et de lui faire tenir dans la bouche des fragments de glace.

A quatre heures, je revins à l'hôpital voir s'il n'y avait pas lieu de pratiquer la transfusion; je trouvai l'opérée dans un état relativement satisfaisant et j'écartai l'idée de cette opération.

La malade continuait à être aphone, aphonie qui, pour le dire une fois pour toutes, a persisté jusqu'à aujourd'hui; elle déclarait souffrir très peu et se plaignait d'être devenue sourde de l'oreille gauche. Je constatai que la pupille gauche était notablement rétrécie. Ce rétrécissement existe encore.

Voici maintenant en quelques mots ce que nous avons observé depuis le jour de l'opération : sauf le jour même où la température est descendue à 36°,2 et le lendemain où elle est montée à 38°,2, elle n'a pas dépassé 37°,5. Le pouls est toujours resté à 120, sauf le 6, où, à la visite, nous n'avons compté que 114 pulsations. La surdité a disparu neuf jours après l'opération.

Le surlendemain de la ligature, on a constaté un peu de congestion pulmonaire prononcée surtout à gauche; on a administré de l'oxyde blanc d'antimoine et la congestion a disparu. La malade se nourrit avec des bouillons, des potages, et depuis quelques jours avec de la poudre de viande; de temps à autre elle prend quelques aliments solides.

A deux reprises, elle a éprouvé de la gêne respiratoire; la première fois la dyspnée n'a pas été très intense, mais la seconde fois, le 5, elle s'est produite avec beaucoup plus d'intensité et s'est accompagnée d'un état de dépression qui a inspiré de sérieuses inquiétudes. On a constaté à ce moment-là que la peau de la face se congestionnait du côté droit, tandis qu'à gauche (côté de la ligature), la pâleur habituelle persistait.

Le 6, deux ligatures se sont détachées, mais je ne saurais dire sur quels vaisseaux elles avaient été appliquées, car, en dehors des cinq ligatures artérielles que j'avais pratiquées, j'avais lié deux veines que j'avais trouvées sur mon chemin en cherchant les deux carotides secondaires. Je suppose que ce

sont les ligatures veineuses qui se sont détachées. Ce même jour, j'ai fait prendre comparativement la température des deux régions temporales; du côté de la ligature, on a trouvé deux degrés de moins que de l'autre.

Le 9, trois ligatures artérielles se sont détachées; je crois que ce sont la ligature supérieure de la carotide primitive, celle de la thyroïdienne supérieure et une des deux qui avaient été placées sur les carotides secondaires. La partie la plus superficielle de la tumeur, qui apparaissait à travers la solution de continuité de la muqueuse, s'est mortifiée dans les premiers jours qui ont suivi l'opération, et la partie sous-jacente, qui présente un aspect rosé, semble être le siège d'un travail atrophique. La malade affirme qu'elle la trouve beaucoup diminuée.

Cette femme survivra-t-elle? Je l'espère, sans oser l'affirmer, car la mort à la suite de la ligature de la carotide primitive s'est quelquefois produite après un délai plus long que celui qui s'est écoulé chez notre malade. C'est, il est vrai, généralement dans la première semaine que survient l'hémiplégie; mais elle peut être beaucoup plus tardive. On l'a vu arriver quatre mois après la ligature.

J'ai maintenant à ajouter quelques réflexions. Et d'abord, comment s'est produite l'hémorrhagie? Je ne puis pas croire que j'ai eu, sans m'en douter, affaire à un anévrysme. Il me semble plus rationnel d'admettre que la tumeur, dont j'ignore encore la véritable nature, recevait des vaisseaux volumineux par quelque point de sa surface, et que c'est de ces vaisseaux déchirés par mon doigt qu'est venue l'hémorrhagie.

Eût-il été plus rationnel de se borner à lier la carotide externe en se fondant sur ce que la carotide interne ne fournit de vaisseaux ni au voile du palais ni au pharynx? C'est possible; mais, dans le premier moment, ne pouvant avoir sur la source de l'hémorrhagie aucune donnée précise, je crois que j'ai agi régulièrement en liant la carotide primitive, d'autant plus qu'il était urgent, sous peine de voir succomber la malade, d'en finir au plus vite, et que la ligature de la carotide externe m'eût indubitablement demandé plus de temps que celle de la carotide primitive.

Nous n'avons eu à observer du côté de l'encéphale aucun de ces accidents graves qu'on voit trop souvent suivre la ligature de la carotide primitive. Notre malade n'a présenté ni hémiplégie, ni syncope, ni délire, ni coma, ni convulsions.

Elle a eu et a encore un rétrécissement de la pupille gauche, sans perte de la vision. Ce rétrécissement pupillaire a déjà été indiqué par Fox et Coates et me paraît difficile à expliquer.

Quant à l'aphonie, à la fréquence des contractions cardiaques et aux troubles passagers de la respiration, il me semble plus facile d'en fournir l'explication. La section des pneumogastriques chez les animaux a, on le sait, pour effet d'accélérer la circulation et d'agir en sens inverse sur la respiration, à laquelle elle apporte un trouble notable. D'autre part, cette section produit l'aphonie, en paralysant les muscles intrinsèques du larynx, sauf le crico-thyroïdien, innervé par le laryngé externe, branche du laryngé supérieur, lequel naît au-dessus du point où l'on pratique la section expérimentale des pneumogastriques.

Chez notre malade, je ne crois pas avoir lié le pneumogastrique, mais ce dont je suis beaucoup moins sûr, c'est de ne pas avoir contusionné ce nerf. Il me paraît très probable qu'à la suite des contacts plus ou moins rudes qu'il a eu à subir de la part de la sonde cannelée, de l'aiguille de Cooper, il a été atteint d'une névrite, et je pense que c'est à cette névrite qu'il faut rapporter les phénomènes observés du côté du larynx, du cœur et du poumon.

L'absence de douleur sur le trajet du nerf n'est pas incompatible avec l'hypothèse d'une névrite. La sensibilité du pneumogastrique est en rapport avec la sensibilité des organes auxquels il va se distribuer et n'est pas la sensibilité générale; on sait qu'en pinçant le pneumogastrique au cou, on le trouve généralement insensible.

La différence de température observée entre le côté sain et le côté où les artères ont été liées est produite, je n'ai pas besoin de vous le dire, par l'obstacle apporté à la circulation de ce dernier côté.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

DES EAUX MINÉRALES DE FRANCE EN GÉNÉRAL ET PARTICULIÈREMENT DES EAUX SULFUREUSES.

Leçon de M. le docteur JULES SIMON.

Les communications sont devenues si faciles en France qu'il est de mode aujourd'hui d'employer les eaux minérales sur une grande échelle, plus encore certainement pour les adultes que pour les enfants où le choix est forcément plus restreint.

Les eaux minérales sont des eaux dont la température, la minéralisation et les propriétés peuvent être utilisées en médecine. Ainsi, par exemple, l'eau d'Alet ne contient pour ainsi dire aucun principe minéralisateur, moins peut-être même que l'eau de la Seine; néanmoins elle est excellente contre la dyspepsie chez les petits enfants parce qu'elle est transformable et qu'elle se modifie rapidement dans l'estomac.

Je raconte souvent à ce propos une petite anecdote parfaitement authentique, destinée à prouver combien certaines gens qui prétendent que l'on peut boire impunément des eaux minérales sont dans une complète erreur. C'était en juillet 1871; je venais d'arriver à Vichy où j'étais allé retrouver ma famille. A table d'hôte, un confrère soutenait que l'efficacité des eaux minérales était une bonne plaisanterie, que l'on pouvait en prendre à tort et à travers sans en ressentir aucun effet. J'intervins dans la conversation pour soutenir la thèse contraire et lui proposai le pari de le rendre promptement malade rien que par l'usage des eaux où nous nous trouvions, en variant les sources auxquelles il s'adresserait, buvant par exemple le matin de l'eau de la Grande-Grille ou de l'Hôpital, le soir de l'eau des Célestins, etc. Le pari fut tenu, et bientôt gagné par moi; dès le troisième jour, en effet, mon confrère était tombé malade, forcé de garder le lit, et, s'il eût continué quelques jours encore, nul doute qu'il eût été très sérieusement atteint.

Ce qu'il y a de plus important dans l'étude des eaux minérales, ce sont leurs contre-indications, d'autant plus que dans les livres classiques on ne vous apprend généralement pas à les connaître, mais on se borne seulement à vous ne signaler les indications thérapeutiques.

Mais, avant tout, parlons de la manière dont on doit classer les eaux minérales. Toutes les eaux renfermant des carbonates, des sulfates, des silicates, de l'acide carbonique et

des matières organiques en plus on moins grands quantité, nous devous les grouper d'après leurs principes dominants.

C'est ainsi qu'ou les divise en :

1º Eaux sulfursuses ou sulfurées, en raison de la proportion de soufre qu'elles contiennent, les subdivisant elles-mêmes en eulfureuses sodiques et sulfureuses calciques, à cause de la présence de la soude on de la chaux;

2º Eaux alcalines, en tête desquelles nous devous placer les eaux de Vichy; quelques médecins les appellent aussi des eaux bicarbonatées, mais celles-ci sont si nombreuses que je préfère leur donner le nom d'eaux alcalines;

3º Eaux de table, que l'on subdivise aussi en eaux de table gazeuses et en eaux de table non gazeuses.

4º Eaux salines, c'est-à-dire dans lesquelles le chlorure de sodium prédomine plus ou moins, d'où une nouvelle subdivision en chlorurées fortes, à côté desquelles je placerai l'eau de mer, et chlorurées faibles;

5º Eaux arsenicales, caractérisées par la prédominance de l'arsenic;

6º Eaux ferrugineuses, où la présence du fer l'emporte sur toute autre substance dans leur composition.

Nous divisons encore les eaux minérales de France — c'est de celles-là seulement que nous nous occupons ici — d'après leur topographie, c'est-à-dire d'aprée la région où on les rencontre.

Ainsi : 1º Les eaux pyrénéennes ou du sud-ouest de la France. Parmi ces eaux, nous citerons : les Eaux-Bonnes et les Eaux-Chaudes, dans les Basses-Pyrénées; les eaux de Cauterets, de Saint-Sauveur, de Baréges et de Labassère, dans les Hautes-Pyrénées; celles de Bagneres-de-Luchon ou Luchon tout court, comme on l'appelle encore, dans la Haute-Garonne; les eaux du Vernet, de Molitg, dans l'arrondissement de Prades (Hautes-Pyrénées); celles d'Amélie-les-Bains, localité qui est aussi une station d'hiver, dans le même département des Hautes-Pyrénées; les eaux d'Ax, dans l'Ariège, et de Dax, dans les Landes;

2º Dans le sud-est de la France, nous avons pour la Savoie : les eaux d'Aix, de Marlioz, de Saint-Gervais et de Challes; dans le département de l'Isère, celles d'Allevard près de Grenoble, celles d'Uriage, à la fois sulfureuses et chlorurées; dans les Basses-Alpes : les eaux de Gréoulx et de Digne; dans la Lozère : les eaux de Bagnols, etc.;

3º Au centre de la France, nous trouvons les eaux de Saint-Honoré-les-Bains, dans la Nièvre; un peu à l'ouest et dans la Vienne, nous rencontrons les eaux sulfureuses de la Roche-Posay;

4º Si nous remontons vers le nord, nous citerons, près de Paris, les eaux d'Enghien, dans le département de Seine-et-Oise; puis, un peu plus haut, les eaux de Pierrefonds, près de Compiègne, dans l'Oise; enfin, un peu à l'ouest, en Normandie, nous avons aussi les eaux de Bagnoles, dans le département de l'Orne, qu'il ne faut pas confondre avec celles du même nom mais dont l'orthographe est différente, que nous avons indiquées tout à l'heure dans la Lozère.

Cette énumération succincte des eaux sulfureuses terminée, parlons maintenant de leurs propriétés générales et de leur composition.

A la source, les eaux sulfureuses sont limpides, mais elles s'irisent facilement; elles dégagent une odeur d'œufs pourris, elles ont une saveur de soufre plus ou moins prononcée, selon les sources auxquelles on s'adresse, et chimiquement elles offrent une réaction alcaline au papier de tournesol; enfin elles colorent en noir les sels d'argent et de plomb. Ajoutons que, parmi les sources que nous avons indiquées, les unes produisent des eaux chaudes, les autres des eaux froides; nous y reviendrons tout à l'heure.

Au point de vue de leur composition, nous devons les diviser en eaux sulfureuses sodiques et en sulfureuses calciques. Les premières, sulfureuses sodiques ou potassiques, ou encore alcalines ou eaux naturelles, émergent des profondeurs ignées de la terre; elles sont chaudes et se forment naturellement, à leur point de départ, telles qu'elles arrivent à la surface du sol. Il n'en est pas de même des eaux sulfureuses calciques, qui sont froides et sont ce que l'on peut appeler des eaux accidentelles, c'est-à-dire qui se forment dans leur parcours depuis leur origine jusqu'à la surface de la terre; c'est ainsi que les eaux calcaires, rencontrant de la tourbe sur leur passage, se décomposent dans leur trajet pour devenir bientôt des eaux sulfureuses calciques. Telles sont, par exemple, les eaux d'Enghien, près de Paris.

Les eaux sulfureuses contiennent des gaz tels que l'acide sulfhydrique, de l'azote, de l'acide carbonique, de l'oxygène, de telle sorte que, le malade, placé dans la vapeur d'eau qui s'en dégage, on respire à la fois tous ces gaz.

Elles renferment aussi des matières organiques dissoutes, de la barégine; les unes ressemblent à du blanc d'œuf, comme à Bagnères-de-Luchon, dont l'eau blanchit, au contact de l'air, laissant apercevoir bientôt une substance glaireuse à laquelle on a donné le nom de glairine; puis bientôt aussi on voit se développer à leur surface des confervee ou sulfuraires. La quantité de ces matieres organiques varie selon les eaux que l'on emploie.

L'analyse chimique a démontré aussi que les eaux sulfureuses étaient composées de sels minéraux, de carbonates, de sulfates, de chlorures; elle a montré qu'elles contenaient encore des traces de fer, de l'iode, ainsi que des silicates et de l'acide silicique. Ces deux dernières substances — les silicates et l'acide silicique — jouent un grand rôle et transforment directement les eaux en les rendant plus vivantes. Enfin, sous l'influence du contact de l'air, les eaux dont nous nous occupons en ce moment dégagent de l'hydrogène sulfuré et donnent lieu à la formation d'hyposulfite de soude.

Je dois ajouter encore que certaines eaux ont exclusivement une propriété spéciale de blanchiment : ce sont notamment les eaux de Bagnéres-de-Luchon dans la Haute-Garonne et d'Ax dans l'Ariège.

Comme température, les eaux sulfureuses présentent des différences importantes à connaître; les unes sont froides, comme Challes, Pierrefonds, Enghien, et marquent au thermomètre 12, 14 ou 15 degrés; d'autres sont chaudes et atteignent, comme les Eaux-Bonnes, les Eaux-Chaudes, Saint-Sauveur, de 28 à 32 degrés; d'autres encore peuvent s'élever à une température qui n'est pas moindre de 40, 50 et 60 degrés; telles sont les eaux de Baréges, du Vernet, de Cauterets, etc. Je le répete, c'est là un fait important à se rappeler, car leur mode d'action varie en raison même de ces différences de température.

Les eaux sulfureuses peuvent être transportées loin du lieu d'origine pour être administrées soit en boissons, soit en pulvérisations, soit en bains on en douches. Sur place, leur mode d'emploi est plus varié et n'est plus réglé de la même façon. Ainsi sont-elles données en boisson ? elles exigent plus d'atten-

tion ; en bains ? la durée en sera courte et la température douce : en douches ? la durée variera selon la force de réaction du sujet auquel on les administrera. Elles peuvent aussi être prescrites en lotions, en gargarismes, en pulvérisations, en humage de vapeurs, dont tout le bienfait est d'immobiliser le malade à l'établissement, c'est-à-dire de l'empêcher de se mêler à des excursions qui ne pourraient qu'être nuisibles à sa santé.

Les eaux sulfureuses, localement, sont excitantes qu'elles agissent sur la peau, ou sur le tube digestif, dont les fonctions deviennent alors plus rapides. Elles déterminent quelquefois de la diarrhée ; en tout cas, elles stimulent l'appétit. Elles ont aussi la propriété d'exciter la circulation cardio-pulmonaire, de déterminer aussi parfois des battements de cœur violents ; elles augmentent ou favorisent la sécrétion bronchique. Activant la circulation pulmonaire, on peut en tirer parti dans l'emphysème pulmonaire et chez les individus atteints de dilatation bronchique, mais leur action dans ces différents cas doit être soigneusement surveillée, cette activité pouvant aller jusqu'à amener la rupture des capillaires, même sans qu'il y ait eu de lésion primitive. Enfin elles sont un danger pour les malades sujets à des hémoptysies.

Le système lymphatique est aussi très impressionné, très activé dans ses fonctions par l'emploi des eaux sulfureuses; les glandes cutanées, les glandes du cou, celles du ventre, le foie, les reins, en recevront une excitation plus ou moins grande qui pourra donner lieu à une hypersécrétion. Aussi quelques médecins avaient-ils cru pouvoir les employer comme diurétiques. Elles sont, au contraire, très dangereuses chez les malades atteints de gravelle, d'affection cérébrale ou cardiaque et chez les goutteux.

En résumé, leur activité est telle dans tout l'organisme, qu'elles déterminent une véritable fièvre thermale, fièvre à laquelle succède bientôt un accablement général ; quelquefois le système nerveux en éprouve une perturbation violente et ces eaux peuvent donner lieu parfois à des migraines, à de l'insomnie, à une grande agitation, à des attaques de nerf, etc., etc.

Enfin les eaux sulfureuses ont été vantées aussi avec raison comme exerçant une influence modificatrice favorable sur les fonctions des organes génito-urinaires, comme pouvant combattre avantageusement : chez l'homme l'absence de virilité et chez la femme la stérilité.

VARÈLE.

REVUE DE CHIRURGIE

LA TUBERCULOSE CHIRURGICALE

La question des tuberculoses locales a fait dans ces dernières années des progrès si considérables qu'il me semble intéressant de rappeler aussi brièvement et aussi clairement que possible les différentes étapes parcourues et le point où la science est arrivée sur ce sujet. Depuis la thèse de Bauchet (1857) (1), qui marque un des premiers efforts vers la solution de la question, les idées restées à peu près stationnaires jusqu'à ces quinze dernières années ont tout à coup subi une vigoureuse impulsion marquée par les expériences de Villemin, les recherches anatomo-pathologiques et la découverte du parasite de la tuberculose. L'excellente thèse d'agrégation toute récente de mon ami le docteur Ch. Nélaton (1) nous montre le chemin parcouru et nous servira de guide dans cette courte revue.

Un grand pas en avant était fait le jour où les inoculations répétées de Villemin (1865-68) constituaient sur des preuves indéniables la contagiosité de la tuberculose et l'unité de la phthisie et où les recherches de Grancher et de Charcot permettaient de suivre histologiquement l'évolution du processus tuberculeux jusqu'à la constitution d'une production caractéristique. Celle-ci en effet, avant d'arriver à la granulation grise, passe par des états transitoires nodulaires plus difficiles à saisir. On s'accorde généralement aujourd'hui pour reconnaître comme caractérisant le tubercule une figure histologique présentant une cellule géante centrale avec une zone de cellules épithéloïdes entourées elles-mêmes de cellules rondes embryonnaires. Mais ce follicule, primitivement décrit par Koster, n'acquiert sa véritable signification de *follicule tuberculeux* que s'il présente l'évolution normale des formations tuberculeuses, soit que sa tendance le conduise à une organisation fibreuse, soit qu'il marche vers la dégénérescence caséeuse. Une préparation montrant un seul follicule à son origine ne saurait permettre en aucune façon de se faire une idée de la nature de la lésion. Mais une coupe qui offre les altérations folliculaires à leurs différents stades ne laisse souvent subsister aucun doute (Ch. Nélaton).

Mais une caractéristique bien autrement importante encore des produits tuberculeux a été fournie par la découverte du parasite de la tuberculose : le *bacille* de Koch, trouvé d'abord dans les crachats et les lésions pulmonaires des phthisiques, a été constaté déjà nombre de fois dans les lésions tuberculeuses externes, et l'on peut dire aujourd'hui que sa présence affirme d'une manière éclatante l'importance des expériences de Villemin et que sa découverte jette un jour tout nouveau sur l'histoire de la tuberculose.

On s'est donc attaché dans ces dernières années et surtout dans ces derniers temps à rechercher d'une part dans les tuberculoses locales les caractères histologiques des éléments et d'autre part à y découvrir le micro-organisme spécifique. Cette étude toute récente, déjà féconde en résultats, nous permet d'espérer mieux encore pour l'avenir.

On peut reconnaître aujourd'hui que peu de tissus, peu d'organes échappent à la tuberculose.

Les *gommes scrofuleuses* ou mieux *tuberculeuses* envahissent le tissu cellulaire sous-dermique et la peau (2) ; dans le tissu cellulaire superficiel ou profond des diverses régions, un agrégat de tubercules élémentaires se dépose, se ramollit au centre, s'étend à la périphérie, envahit les parties voisines et se les approprie, constituant un de ces *abcès froids* si bien décrits par Lannelongue (3). A la connaissance ancienne de la collection purulente s'ajoute la donnée récente des qualités de la *poche*, dont le rôle devient prédominant à tel point qu'on peut dire que dans un abcès froid le pus n'est rien et que la poche est tout ; car c'est de cette zone pariétale que s'étend de proche en proche l'infiltration tuberculeuse dont les progrès ne sauraient être arrêtés que par la destruction de la poche ou sa transformation fibreuse, sclérosique et cicatricielle.

(1) *Des tubercules au point de vue chirurgical*, th. agrég. 1857.

(1) *Le tubercule dans les affections chirurgicales*, th. agrégat. 1883.

(2) Brissaud et Josias, REVUE MENS. DE MÉD. ET DE CHIR., 1879.

(3) *Abcès froids et tuberculose osseuse*, 1881.

Par un processus analogue, les parenchymes glandulaires sont envahis; dans l'épididyme, le testicule (1); dans la mamelle (2), les follicules tuberculeux isolés ou agglomérés forment des masses dont l'évolution est toujours identique; plus ou moins durs, ils constituent les nodosités si caractéristiques ou augmentent le volume des organes qu'ils déforment: ramollis, ils sont les abcès dont le pus mal lié, les bords amincis et rougeâtres, l'ouverture fistuleuse persistante, permettent de reconnaître l'origine suspecte.

Dans les ganglions lymphatiques, l'étude des éléments histologiques rattache à la tuberculose les vieilles lésions de la scrofule (3) qu'on ne saurait peut-être différencier de la première que par un développement plus lent du processus et une prolifération conjonctive périphérique plus abondante (Cornil).

La tuberculose *osseuse*, bien observée du premier coup dans ses diverses formes et décrite de main de maître par Nélaton, a reçu d'importants développements de nos histologistes contemporains. Rien n'a dû être ajouté à la variété décrite par Nélaton sous le nom de *tubercule enkysté*. En revanche, MM. Kiener et Poulet (4) ont repris et complété l'histoire de l'infiltration tuberculeuse des os. Ces auteurs admettent: 1o une *infiltration puriforme circonscrite*, se présentant sous forme d'une tache plus ou moins régulièrement limitée, d'un jaune opaque, histologiquement caractérisée par la marche lente et uniforme du processus dans toute l'étendue du territoire et aboutissant à la formation d'un séquestre entouré d'une zone d'élimination; 2o une *infiltration diffuse* ou *ostéite tuberculeuse aiguë* dans laquelle une extrémité épiphysaire tout entière est imprégnée de matière tuberculeuse constituée par des follicules nombreux se ramollissant et se détruisant presque aussitôt qu'apparue, laissant dénudée et mortifiée la substance osseuse envahie.

Les *synoviales articulaires et tendineuses* présentent de même l'envahissement tuberculeux, soit primitif, soit consécutif à la lésion d'un os voisin ou d'une articulation adjacente. Nous y retrouvons les trois formes d'invasion tuberculeuse, la poussée aiguë, la *granulie*, caractérisée par un semis abondant de granulations miliaires, opalines, transparentes; l'infiltration tuberculeuse en masse, dans laquelle des couches caséeuses plus ou moins épaisses tapissent et masquent l'intérieur de la jointure; enfin, le dépôt de follicules provoquant le développement de fongosités plus ou moins volumineuses qui font saillie dans la cavité séreuse (5).

(1) Reclus, *Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse*, th. Paris, 1876.

(2) Dubar, *les Tubercules de la mamelle*, th. Paris, 1881.

(3) Thaon, *la Tuberculose dans ses rapports avec la scrofule*.— Progrès médical, 12 janv. 1878.

Humbert, *Des néoplasmes des ganglions lymphatiques*, th agrég., 1878.

(4) Archives de physiologie, 15 février 1883.

(5) Cornil, Arch. de physiologie normale et pathol., 1870, p. 525.

Roux, Th. Paris, 1875.

Brissaud, Revue mensuelle de méd. et de chir., 1880.

Lannelongue, Bullet. et mém. de la Soc. de chirurgie, 1882, p. 492.

Trélat, Progrès médical, 1882, p. 359.

Bouilly, Gaz. méd. de Paris, 1881.

Terrier et Verchère, Revue de chirurgie, 1882, p. 543.

Pollosson, Gaz. hebd., 1883, nos 14, 15, 18. — Chandelux, Th. agrégat. Paris, 1883.

Enfin les organes des sens, la choroïde et l'iris, la muqueuse des fosses nasales, la muqueuse linguale et pharyngée, les organes génitaux de la femme, la vessie, l'urèthre, l'anus, tous aussi sont tributaires de la tuberculose qui y dépose ses granulations et y creuse ses ulcérations d'une physionomie caractéristique

Quel énorme chemin parcouru! Quelle synthèse originale permettant de rapporter à une même maladie les lésions d'organes si différents et si éloignés!

Quel rapport y a-t-il donc entre ces lésions diverses, entre un abcès froid du tissu cellulaire sous-cutané et une caverne pulmonaire, entre des granulations synoviales et un tubercule cérébral? Comment concevoir chez un même individu la dissémination de ces lésions multiples? comment expliquer chez une même famille, dans une même ville, chez une même race, la fréquence et la gravité de pareilles affections? Comment expliquer chez l'un l'invasion subite, la marche suraiguë des lésions, chez l'autre le développement lent, l'évolution torpide du même processus? Pourquoi celui-ci échappe-t-il à la tuberculose, pourquoi tel autre en est-il atteint? Pourquoi telle localisation plutôt que telle autre? Pourquoi ici une lésion bien localisée, pourquoi là des atteintes multiples et disséminées? Pourquoi la terminaison favorable et la guérison dans un cas, pourquoi une aggravation constante et fatale dans l'autre? Autant de questions et bien d'autres du même genre auxquelles aujourd'hui encore nous sommes incapables de répondre.

Deux facteurs semblent nécessaires pour l'éclosion et le développement de la tuberculose: d'une part, un parasite spécial, répandu à peu près partout dans nos grands centres; d'autre part un terrain de culture favorable, représenté par un organisme ou un organe ou un tissu en imminence morbide.

La présence du parasite n'est plus à démontrer; pour ne citer qu'un travail récent (1), dans 40 cas de tuberculose chirurgicale, c'est-à-dire dans 40 pièces empruntées à des régions diverses et à des organes différents, MM. Schucchardt et Krause ont constaté la présence du *bacille* caractéristique; en France, le professeur Cornil a fait les mêmes constatations; nous-mêmes, avec le bienveillant concours de M. Debove, nous avons vu le micro-organisme dans des lésions cliniquement reconnues tuberculeuses, et l'on peut dire avec les auteurs allemands cités plus haut « que dans tous les cas de tuberculose chirurgicale, il est aussi facile d'observer au microscope le bacille tuberculeux que dans les crachats des phtisiques ou dans les noyaux de la tuberculose miliaire aiguë. »

Bien plus obscures sont les conditions de réceptivité et de développement du micro-organisme spécifique. D'après Max Schuller (2), le traumatisme pourrait jouer le rôle de cause occasionnelle dans le développement de la tuberculose; chez un animal rendu tuberculeux pulmonaire, une jointure violentée deviendrait tuberculeuse, les mêmes traumatismes ne produisant chez les animaux sains que des lésions insignifiantes. Faut-il voir des portes d'entrée dans les ulcérations superficielles des téguments et des muqueuses ou des *points de moindre résistance* sur lesquels viennent s'abattre et germer les parasites? Et quand ceux-ci ont conquis droit de cité en un point de l'organisme, par quel mécanisme jettent-ils à distance les bases d'une nouvelle colonie? par quelles voies circulent-ils pour remonter d'une lésion osseuse des extrémités

(1) Fortschritte der Medicin, mai 1883.

(2) Centralblatt f. chir. V, 48, 1878.

aux parties molles les plus voisines, puis éloignées ; pour envahir le poumon resté sain plus ou moins longtemps ? Nous ne saurions encore le dire.

La seule notion qui depuis longtemps se dégage de ces obscurités est relative au terrain, c'est-à-dire à l'organisme sur lequel évoluent les lésions. Dans nombre de cas, l'on ne saurait dire quelle sera l'utilité d'une intervention locale, mais ce que l'on ne saurait contester, ce sont les bons résultats obtenus par l'hygiène, l'immunité obtenue ou retrouvée par la vie au grand air, par la respiration d'une atmosphère salée, par les bienfaits d'une alimentation réparatrice, par la suppression des fatigues ou des préoccupations, en un mot par toutes les conditions qui mettent l'individu dans un meilleur état de résistance vitale et lui permettent de lutter victorieusement contre *les infiniment petits*.

G. BOUILLY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 juillet 1883. — Présidence de M. BLANCHARD.

PHYSIOLOGIE. — SUR LE MAL DES MONTAGNES. Note de M. A. D'ABADIE,

Dans cette note, M. d'Abadie communique les résultats des observations de M. Charles Vattier, ingénieur de l'Ecole centrale de Paris, faites au Chili. Ces observations établissent l'existence de la *puna*, ou mal de montagne, par une altitude de 2,600 mètres, dans les environs du 24e parallèle sud, et l'absence de ce mal à l'altitude plus grande de 3,300 mètres. M. Vattier rappelle en outre quelles sont les précautions à prendre pour atténuer les effets de l'état atmosphérique qui engendre le mal de montagne et les remèdes à employer pour en combattre les manifestations bien connues.

M. P. BERT, à propos de cette communication, a présenté les observations suivantes :

J'ai écouté avec la plus scrupuleuse attention la lettre que vient de lire notre savant confrère. Je regrette d'avoir à dire qu'elle ne me paraît rien contenir qui ne soit déjà bien connu.

Dès la fin du seizième siècle, le savant jésuite Acosta avait admirablement décrit le *mal des montagnes*, appelé dans les Andes : *puna, soroche, veta, mareo*, et, dans l'Himalaya, *bis, tunk, dum*, etc.

Le fait que, dans les hauteurs médiocres, l'intensité du malaise n'est pas toujours en rapport avec l'élévation, a été également signalé par beaucoup de voyageurs.

J'écrivais déjà en 1878 : « Dans une même région du globe, « dans une même masse montagneuse, certains lieux déterminés « sont particulièrement redoutés des voyageurs et des indigènes ; « et ces lieux ne sont pas toujours les plus élevés, tant s'en faut. » (*La Pression barométrique*, p. 329.)

J'ai essayé, dans le livre que je viens de citer, d'expliquer non seulement la cause fondamentale du mal des montagnes, mais les raisons des irrégularités de son apparition suivant les individus, les localités, les circonstances diverses. Reproduire ici ces explications m'entraînerait trop loin.

L'usage d'une nourriture spéciale, l'emploi de certaines médications, la vertu prophylactique de l'ail et de l'oignon, ont été indiqués depuis bien longtemps.

Si j'ai pris la parole, c'est principalement pour protester contre la saignée considérée comme moyen préventif ou curatif des accidents des hauts lieux. Il est absolument démontré, depuis les travaux de M. Jourdanet et les miens, que ces accidents sont dus à une sorte d'asphyxie particulière due à la proportion trop faible de l'oxygène du sang. Saigner, c'est diminuer une réserve déjà insuffisante, c'est augmenter à coup sûr l'intensité des symptômes et le danger de la situation.

Cependant, de pratique immémoriale, quand arrive l'espèce de congestion qui est une des phases du *soroche*, les *arrieros* font de petites saignées aux oreilles de leurs mules.

Quant à l'accoutumance, j'ai montré, dans une note récemment soumise à l'Académie, que le sang des animaux vivant sur les Andes absorbe notablement plus d'oxygène que celui des animaux de même espèce habitant les plaines. Il y a là un réservoir d'oxygène dans lequel ils peuvent trouver une protection contre l'*anoxyhémie*.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT DU CŒUR. Note de M. G. ASSAKY, présentée par M. Vulpian.

Les recherches que je poursuis actuellement sur le développement du cœur et de la fibre musculaire cardiaque me permettent d'avancer les faits suivants.

I. Le premier rudiment du cœur paraît être double, ainsi que tendent d'ailleurs à l'établir les travaux de Dareste, Hensen, Sappey, Kolliker, His. Gasser, Allen, Tomson, etc

II. Le myocarde est constitué au début par des cellules anastomosées en réseau ; les fibrilles musculaires naissent par génération endo-cellulaire.

III. Les cellules musculaires du cœur reconnaissent, selon toute probabilité, pour origine des cellules migratrices du feuillet moyen.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 août 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE. — M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret approuvant l'élection faite par l'Académie, de M. le docteur Lannelongue, dans la section de pathologie chirurgicale.

Sur l'invitation de M. le président, M. Lannelongue prend place parmi ses collègues.

— La correspondance non officielle comprend : 1o Une lettre de candidature de M. le docteur Henri Huchard pour la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicales ; 2o un rapport de M. le docteur Cavaillon sur les épidémies de l'arrondissement de Carpentras pendant l'année 1883 ; 3o une note sur le choléra, par M. le docteur Beaufils (de Rennes).

— M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Parrot, membre titulaire, et exprime, au nom de l'Académie, les regrets que lui cause la mort prématurée de ce médecin distingué, qui avait su se faire par sa science et ses travaux une place si importante dans l'enseignement et la pratique de la médecine infantile. (Nombreuses marques d'approbation.)

— M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au nom de M. le docteur Martineau, un travail sur la *Syphilis du singe*.

M. RAOUL GUÉRIN, pharmacien, lit un travail sur l'empoisonnement par la poudre de graines de gesse.

M. le docteur AUBERT, chirurgien en chef de l'Antiquaille, lit un travail intitulé : *la Chaleur et le Chancre simple*.

L'auteur conclut de ses recherches expérimentales et cliniques que nous possédons dans l'emploi de la chaleur un excellent moyen d'annihiler le virus chancreux, et par conséquent de traiter le chancre simple. Il faut combiner à la fois l'élévation de la température centrale et le chauffage extérieur, et imiter ce qui se passe dans l'érysipèle, où il y a à la fois fièvre générale et locale.

L'auteur conseille l'emploi du bain de siège chaud, ou, mieux encore, du demi-bain entre 40 et 42 degrés ; il peut être supporté des

heures entières; il élève suffisamment la température centrale et augmente à la fois la chaleur périphérique des régions immergées. Il est bon de porter la chaleur centrale au voisinage et même au-dessus de 39°. On peut avec ce moyen détruire en un temps très court, et peut-être du jour au lendemain, la virulence des surfaces chancreuses. C'est là certainement le meilleur traitement du phagédénisme et de ces interminables chancres sous-phimosiques que les pansements ne peuvent atteindre. C'est le moyen de transformer avant l'ouverture tout bubon chancreux en un buhon simple qui, traité par la ponction unique et très étroite, guérit sans laisser de trace. (Com. MM. Ricord, E. Besnier et Alfred Fournier.)

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) lit, au nom de la Commission des épidémies, le rapport général officiel sur le service des épidémies pendant l'année 1881

Ce travail est accueilli par les applaudissements de l'Académie.

M. Larrey dit qu'il y aurait lieu, à l'occasion de ce remarquable rapport, de rappeler à M. le ministre la nécessité de l'organisation d'une direction centrale de la santé publique, déjà demandée par l'Académie.

— A quatre heures trente, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre et discuter les conclusions du rapport de M. Léon Colin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juillet 1883. — Présidence de M. Guéniot.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme. — Rapport de M. Monod sur un travail de M. Bazy.

Le malade qui a servi de point de départ au travail de M. Bazy est un homme de quarante-sept ans, qui avait depuis trois mois des envies fréquentes d'uriner, des douleurs vives et des hématuries. A ce moment, tout faisait supposer l'existence d'une tumeur de la vessie sans que l'on pût néanmoins la combattre par l'exploration.

Un mois plus tard, les accidents augmentent toujours; on put arriver à sentir la tumeur par le palper et par le cathétérisme. C'est alors que, devant les souffrances du malade, M. Bazy se décida à tenter une opération qu'il pratiqua au mois de décembre 1882. Il ouvrit la vessie dans une étendue de quatre à cinq centimètres et put arriver ainsi sur la tumeur qui occupait le bas-fond de la vessie; c'était une tumeur molle, sessile, et qui fut sectionnée au moyen d'un fil passé autour de sa base; puis on fit le râclage de la paroi vésicale; on referma la plaie au moyen de sutures, en laissant un tube à la partie supérieure: les suites de l'opération furent très simples; il resta une fistule; mais la vie était devenue supportable pour le malade qui n'avait plus les atroces douleurs dont il souffrait auparavant. Mais il survint des complications rénales et le malade mourut six mois après l'opération.

En somme, cette opération a été utile, et l'on peut la rapprocher de l'anus contre nature que l'on pratique dans le cancer du rectum, car, outre l'ablation de la tumeur, la fistule vésicale est pour beaucoup, probablement, dans le soulagement du malade.

M. Bazy a réuni onze observations, sur lesquelles il y a eu deux morts et neuf guérisons, et, d'après l'analyse de ses observations, il se demande dans quel cas on est autorisé à agir; puis il étudie les divers procédés qui ont été mis en pratique.

Si la tumeur est reconnue facilement abordable, l'opération devra être tentée; celle-ci sera d'autant plus facile si la tumeur est pédiculée; mais il est en général très difficile de reconnaître son mode d'implantation d'une façon exacte.

Il existe des contre-indications formelles à l'opération. Ce sont :

1o La généralisation du néoplasme dans les ganglions ou les viscères;

2o Les adhérences entre la vessie et les organes voisins;

3o L'infiltration diffuse des parois de la vessie par le néoplasme;

4o L'état des reins : néphrite suppurée, sclérose.

Néanmoins, lorsque la lésion rénale n'est pas très profonde, on pourra tenter l'opération.

Quant aux procédés opératoires, il en existe deux : aller à la recherche de la tumeur par une boutonnière périnéale ou uréthrale; mais on est obligé d'opérer à l'aveugle et en tâtonnant, tandis que par la voie hypogastrique on peut se donner plus de jour et opérer d'une façon plus certaine.

M. Desprès fait remarquer qu'il y a huit cents ans Avicenne conseillait de pratiquer une fistule vésicale comme opération palliative dans les douleurs occasionnées par les maladies de la vessie.

M. Verneuil. — C'est la première fois que l'on pratique cette opération pour un cancer de la vessie, et j'accepte parfaitement le rapprochement fait avec l'anus artificiel.

Pour celui-ci, la théorie repose sur ceci : que l'on amène un soulagement tout en laissant persister le cancer.

En serait-il de même en faisant une incision à la vessie?

Il le semble d'après le travail de M. Bazy, et je crois que dans des cas semblables on fera bien de faire cette incision, quitte ensuite à enlever la tumeur si on reconnaît la chose possible.

— Epanchement de sang dans la cavité de Betzius. — Rapport de M. Polaillon sur un travail de M. Grippa (d'Angers).

A la suite d'une chute de cheval, un homme eut un épanchement de sang énorme à la paroi abdominale, au périnée, dans les bourses et à la partie supérieure des cuisses. Il n'y avait aucune lésion de l'urèthre. Le malade éprouvait de grandes douleurs lorsqu'il faisait le moindre mouvement, et l'épanchement était si considérable qu'il ne pouvait rapprocher les cuisses. La guérison ne fut complète qu'au hout d'un an. M. Grippa pense que le malade dans sa chute a fait un effort violent pour retenir son cheval, et dans cet effort il a dû se rupturer les muscles grands droits de l'abdomen, quoique l'on n'ait pas constaté l'écartement de ces muscles; mais en même temps il y a eu probablement une rupture de l'épigastrique et peut-être d'autres artères.

M. Desprès. — Je crois plutôt qu'il y a eu une rupture des veines hypogastriques et périvésicales; car, lorsqu'il y a rupture de muscles, on constate toujours l'écartement entre les deux bouts, et le malade aurait eu probablement à la suite une hernie ventrale.

— M. Berger présente un malade auquel il a désarticulé l'omoplate pour un enchondrôme énorme de l'épaule. Ce malade fera le sujet d'une communication ultérieure.

M. Kirmisson présente un jeune enfant porteur d'une tumeur de l'œil.

Séance du 1er août 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Horteloup lit une observation de M. Maunoury (de Chartres), intitulée : « Broiement de la jambe, amputation au lieu d'élection, phlébite, amputation de la cuisse, tuberculose aiguë; mort. »

— M. Terrier lit un rapport sur deux observations de M. Nicati (de Marseille), relatives à des blessures de l'œil :

— M. Delens lit un rapport sur un travail de M. Guermonprez (de Lille), intitulé : *Etude sur les plaies des ouvriers en bois.*

— Hernie inguinale congénitale étranglée. — Rapport de M. Trélat sur une observation de M. Damalix.

Un homme de vingt-cinq ans est porteur d'une hernie inguinale remontant à l'enfance. A l'âge de vingt-quatre ans, la hernie est restée sortie pendant huit heures sans qu'on puisse la réduire, puis dernièrement, dans un effort de toux, la hernie est de nouveau sortie; malgré plusieurs taxis, dont un pratiqué sous le chloroforme, la hernie ne peut être réduite, et le malade présente tous les signes de l'étranglement. C'est trente-deux heures après le

débnt des accidents que M. Trélat voit le malade et qu'il l'opère. L'incision démontre qn'il s'agit d'une entérocèle simple; l'anse intestinale est d'une coloration ardoisée très foncée, mais elle est brillante et résistante; aussitôt le débridement opéré, la coloration changea, et du noir l'anse intestinale passa à la coloration rouge; la teinte ardoisée était donc due simplement à de la congestion. A la suite de l'opération, le malade se trouva mieux; mais, dès le soir, il fut pris d'une dyspnée intense, avec agitation, et il succomba vingt-quatre heures après l'opération.

A l'autopsie, on ne découvrit pas trace de péritonite, et l'anse intestinale si fortement congestionnée était à peine distincte des autres portions de l'intestin. Mais on trouva une congestion pulmonaire interne à laquelle le malade avait succombé; il est probable qu'il avait déjà, avant la production de l'étranglement, un commencement d'affection pulmonaire, car c'est dans un effort de toux que la hernie est sortie.

M. Berger. — Cette observation prouve une fois de plus combien souvent dans ces cas la mort survient par complication pulmonaire; elle prouve surtout que lorsqu'il y a un étranglement serré, il importe de ne pas trop insister sur les tentatives de réduction et qu'il vaut mieux opérer le plus vite possible. C'est ce qu'a dit M. Gosselin dans ses leçons.

M. Desprès. — J'ai formulé autrefois en principe que, à grosseur égale, une hernie qui a subi des taxis a son pronostic aggravé, et en outre je suis adversaire de l'emploi du chloroforme pour pratiquer le taxis; il faut mettre le malade dans un bain, et si l'on ne peut pas réduire la hernie il faut opérer sans attendre, et je ne partage en aucune façon l'opinion de M. Gosselin lorsqu'il conseille d'employer le taxis prolongé.

M. Lucas-Championnière. — Je crois en effet qu'il ne faut pas exagérer le taxis, car cela met le malade dans un état fâcheux; mais lorsqu'on le pratique je crois que l'emploi du chloroforme est une bonne chose, car on peut le faire sans efforts.

M. Trélat. — M. Gosselin n'a pas formulé, pour l'opération, la proposition aussi nettement que le dit M. Berger.

Quant à moi, je dis que toute hernie doit être réintégrée dans la cavité abdominale aussi vite que possible et n'importe comment. De plus, quand on a affaire à une hernie congénitale, il faut être défiant et opérer le plus tôt possible. — Quant à l'emploi du chloroforme pour pratiquer le taxis, j'en suis absolument partisan.

M. Sée. — Je suis également partisan du taxis sous le chloroforme, mais je dois dire néanmoins qu'il ne m'a pas rendu de grands services, car je n'ai jamais pu réduire sous le chloroforme une hernie que l'on avait déjà tenté de réduire sans le secours de l'agent anesthésique.

— Lecture. — M. Houzel (de Boulogne) lit une observation d'enchondrôme kystique du cou chez une jeune fille.

— Présentation d'instruments. — M. Lucas-Championnière présente plusieurs espèces nouvelles de drains. Il a, dans ces derniers temps, fait des études sur le drainage des plaies; il s'est servi d'abord de drains métalliques en aluminium, qui ont l'avantage de permettre de faire sur la plaie une compression efficace, sans empêcher le fonctionnement du drain; mais ces tubes métalliques sont trop durs, surtout lorsque la plaie est située près de gros vaisseaux qu'ils pourraient ulcérer.

Il a employé ainsi avec succès des tubes de caoutchouc très volumineux, mais ils ont l'inconvénient de n'être pas assez lisses.

Il a essayé des tubes en celluloïd, mais ils sont assez coûteux et n'offrent pas de grands avantages; les meilleurs sont des drains en caoutchouc durci, qui ont l'avantage d'être rigides et très lisses, et on les diminue peu à peu de grosseur et de longueur, à mesure que la plaie se cicatrise.

Dr Henri Bastard.

FORMULAIRE

Pansement de Bœckel.

Pansement bon marché, pouvant remplacer dans la majorité des cas les pièces de pansement de Lister.

Il consiste dans des morceaux de tarlatane pliés en quatre ou en huit, et qu'on laisse séjourner pendant quatre jours dans la solntion forte. (Solntion phéniquée au 1/20).

Au bout de ce temps, et au moment de s'en servir, on les plonge pendant dix minntes dans l'eau tiède pour leur enlever l'excès d'acide phénique. C'est en somme un pansement aseptique et légèrement antiseptique.

BIBLIOGRAPHIE

Du frisson consécutif aux irrigations intra-utérines pendant les suites de couches, par le docteur Emilio Fasola.

Des observations répétées ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

1o Les irrigations désinfectantes intra-utérines pratiquées dans un bnt thérapentique dans l'endométrite septique puerpérale, avec lochies fétides, etc., sont fréquemment suivies de frisson;

2o Le frisson est d'antant moins intense que la fétidité des lochies est moins prononcée et que le traitement local date de plus longtemps; dans ces cas, il se présente plutôt sous la forme de sensation de refroidissement que de frisson proprement dit;

3o Il apparaît généralement à la suite des premières irrigations, fort souvent avec l'injection du soir; il ne se répète pas toujours;

4o Il est suivi d'une élévation de température de courte durée à laquelle succède un abaissement notable de température; il n'est pas rare, dans les cas légers, qu'elle revienne à la normele, par exemple quend la température ne dépasse pas 38o,5 avant l'irrigation; la malade se trouve alors dans un état de bien-être général;

5o Aucun accident ne fut constaté.

Le frisson consécutif eux lavages phéniqués intra-utérins peut-il être attribué à l'absorption d'une partie du liquide employé, à sa pénétration dans le torrent circulatoire? Richter et Münster, par leurs recherches cliniques, ont démontré que presque toujours les solntions d'acide phénique et d'acide salicylique pessent dans le sang, mais qu'il n'en résnlte jemais le moindre danger.

Dans les cas d'endométrite septique, avec lochies fétides, on peut expliquer le frisson de la manière suivante: par le lavage utérin, on remue les substances pntréfiées qui recouvrent la surfece interne de l'utérus sans ponvoir toutefois avec l'eau employée les chasser en totalité; les caillots putréfiés qui oblitèrent les tissus ntérins, les canaux veineux et lymphatiques, sont détachés en partie et mettent à nn l'orifice de qnelqnes vaisseaux, ainsi que le prouve l'hémorrhagie qui souvent accompagne le lavage; des lacérations des tissus encore friables se produisent; ce sont là antant de conditions favorables à l'absorption rapide d'une qnantité notable de matériaux septiques, d'où la série des phénomènes pathologiques observés et dont l'intensité est d'antant plus grande que les lochies sont plus fétides et que le traitement local est tardif.

(Annali di ost. gin. e ped., mai 1883.)

Nouvelle sonde pour injections endo-utérines du docteur Emmanuel Bruers (de Bologne).

Les sondes à double courant employées sont formées de plusieurs pièces soudées ensemble indissolublement. D'après l'auteur, il en résulterait plusieurs inconvénients : pendant l'injection, il pénètre à l'intérieur de la sonde des mucosités, de petits lambeaux de muqueuse, de petits caillots de sang. Quels que soient les soins de propreté que l'on emploie, il est absolument impossible d'éliminer complètement ces détritus ; la sonde peut devenir ainsi un moyen de transport de principes contagieux.

La sonde proposée par l'auteur se laisse décomposer en plusieurs pièces ; elle peut donc se nettoyer parfaitement et avec facilité non seulement à l'extérieur, mais encore dans toutes ses surfaces internes.

Marius Rey.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Etude sur l'uréthrite chronique blennorrhagique, par M. le docteur Robert Jamin, ancien interne des hôpitaux. Mémoire de 220 pages avec 2 planches en chromo-lithographie.—Paris, 1883. Octave Doin, éditeur.

Ce mémoire, écrit par un disciple distingué de M. le professeur Guyon, démontre une fois de plus combien sont nécessaires dans toutes les parties de l'art la connaissance approfondie de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie générale et l'application rigoureuse des méthodes générales d'observation.

Ce travail est intéressant d'un bout à l'autre parce que l'auteur a su tirer des faits bien observés et judicieusement analysés, des conséquences importantes pour la pratique.

M. Jamin, s'appuyant sur l'enseignement de son maître, et aussi sur des expériences personnelles nombreuses, établit au début la dualité de l'urèthre sur l'existence d'un sphincter au niveau de la portion dite membraneuse de l'urèthre.

Cette notion est très importante, car l'auteur va nous montrer deux uréthrites : l'une antérieure, l'autre postérieure, pouvant difficilement se transformer l'une dans l'autre, tant est puissante la barrière qui sépare les deux portions de l'urèthre.

Mais, dans certaines conditions que Jamin a bien étudiées expérimentalement, le sphincter est forcé. Ce sont les injections surtout qu'il combat du reste avec énergie, car l'uréthrite postérieure est grosse de complications du côté de la vessie, de l'épididyme et de la prostate.

Les symptômes sont différents dans les deux localisations de l'uréthrite, et l'auteur s'applique à bien les distinguer.

Nous signalons comme intéressants à consulter les passages relatifs à la prostatite chronique, regardée à tort comme constante dans l'uréthrite chronique, à la contagiosité de l'écoulement, à la coexistence du rétrécissement, enfin au diagnostic avec les uréthrites diathésiques.

Comme traitement, l'auteur combat les injections, parce qu'elles exposent à l'extension rétro-membraneuse de l'uréthrite ; il ne les tolère que dans certains cas d'uréthrite antérieure, et les proscrit dans l'uréthrite postérieure.

L'emploi des bougies s'appuie sur une erreur anatomo-pathologique. La cautérisation est depuis longtemps abandonnée. Reste la méthode des instillations, due à M. le professeur Guyon, seule méthode rationnelle, puisqu'elle localise l'agent médicamenteux au point malade.

Nous n'avons pas eu la prétention d'analyser dans ses détails ce travail important ; nous n'avons relevé que les principaux points, et nous en conseillons beaucoup la lecture attentive.

Picqué.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Choléra. — La mortalité cholérique en Egypte continue à diminuer sensiblement, du moins d'après les chiffres annoncés. Ceux-ci cependant sont plus élevés que les semaines précédentes, mais nous estimons qu'il faut tenir compte de ce fait que, jusqu'à la fin de juillet, la moitié et peut-être même seulement le tiers des décès nous était connu et que, tandis que l'on nous annonçait une mortalité de 500 à 600 cholériques, il fallait en compter peut-être réellement de 1,200 à 1,500. Aujourd'hui, il semble que l'on veuille abandonner ces errements et que les chiffres officiels de 700 et de 800 décès par jour se rapprochent beaucoup plus de la vérité.

Quoi qu'il en soit, si le fléau, depuis les dernières nouvelles, s'étend dans la Haute-Egypte, d'autre part il tend véritablement à s'éteindre au Caire, où la mortalité cholérique est rapidement tombée de 271 le 31 juillet à 70 et 78 les 7 et 8 août. On dit aussi que le choléra aurait perdu de sa gravité dans cette ville, la proportion entre le nombre des cas et celui des décès n'étant plus la même que dans les premiers jours.

Quant à l'armée anglaise, elle aurait eu pendant la dernière quinzaine 117 cholériques, dont 3 officiers.

Ajoutons enfin qu'un troisième cas de choléra a été constaté à Beyrouth, hors du lazaret, et qu'un nouveau décès cholérique a été signalé le 8 août dans le lazaret même.

Les chiffres des décès annoncés officiellement depuis notre bulletin de la semaine dernière, c'est-à-dire du 2 août au 8 août inclusivement, sont :

1o Pour le Caire de 861 et pour Alexandrie de 53 ; ce sont les seuls qui aient été donnés régulièrement.

2o Pour les journées des 5 et 8 août, nous avons :

Minieh...	83	Sirgeh...	75
Zagazig..	75	Rosette...	40

3o A Assiout, capitale de la Haute-Egypte, le fléau a fait 64 victimes dans la seule journée de mardi dernier ; à Tantah, 18 le 6 août ; à Samanoud, 18 le 8. Quant à la province de Fayoum, il est impossible, dit-on, d'avoir des bulletins réguliers, le service médical étant surchargé par suite du nombre des victimes.

En résumé, la mortalité cholérique pour toute l'Egypte aurait été de 5,227 du 1er au 7 août inclusivement, et de 16,972 depuis le commencement de l'épidémie jusqu'à cette même date, dont 5,335 pour la seule ville du Caire.

— Le ministre de la guerre vient d'adresser, relativement aux mesures préventives à prendre pour l'assainissement des casernes, la circulaire suivante :

« En raison des craintes soulevées par l'épidémie de choléra qui « sévit actuellement en Egypte, j'ai décidé que toutes les mesures « préventives seront appliquées de la manière la plus rigoureuse « chaque fois qu'un casernement sera soupçonné de renfermer des « germes infectieux.

« La dépense exceptionnelle qui résultera de ces mesures pré- « ventives, telles que la désinfection par le soufre, l'acide phéni- « que ou toute autre opération analogue, sera imputée sur les « fonds de la masse générale d'entretien.

« *Signé* : Thibaudin. »

— L'Angleterre semble enfin vouloir prendre aussi des mesures sanitaires contre le choléra ; nous apprenons en effet que la Chambre des communes a voté en troisième lecture, dans la séance du 7 de ce mois, le *bill* relatif à ces mesures, qui lui a été présenté par le gouvernement.

***

Nécrologie. — M. le professeur Parrot est mort à Paris le 5 courant, à la suite d'une longue et douloureuse maladie. Né à Excideuil (Dordogne) en 1829, fils d'un médecin établi dans cette

localité, M. Parrot avait commencé assez tard ses études médicales. Mais, grâce à une intelligence des plus vives, à une grande facilité de travail, et surtout à une rare persévérance de chercheur, il gravit promptement les divers échelons de la profession. Externe des hôpitaux en 1850, interne de 1852 à 1856, lauréat des hôpitaux en 1856, docteur en médecine en 1857, agrégé de la Faculté en 1860, médecin des hôpitaux en 1862, professeur de la Faculté en 1876, membre de l'Académie en 1878, médecin en chef de la maison nationale de la Légion d'honneur en 1879, notre regretté confrère apporta toujours, dans l'accomplissement des services qui lui furent confiés, une conscience, une droiture de caractère qui lui conquirent l'estime et la sympathie de tous. Simple et bon, nature artistique, obligeant, il sera toujours présent à la mémoire de ses contemporains. Nous consacrerons à ses travaux une notice spéciale.

N. B. — Les obsèques de M. Parrot ont eu lieu à Excideuil.

Dr A. D.

— Nous apprenons avec regret la mort d'un de nos jeunes confrères, M. le docteur Boy, de Pamiers, qui vient de succomber aux atteintes d'une variole contractée au chevet de l'un de ses malades.

— On nous annonce aussi la mort de M. le docteur Dumez, de Saint-Dyé-sur-Loire.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le secrétariat sera ouvert, pendant la durée des vacances, tous les jours de une heure à trois heures.

***

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Le concours des sections d'histoire naturelle, d'anatomie et physiologie s'est terminé samedi soir. Ont été nommés les candidats dont les noms suivent :

A. — *Naturalistes.*

Faculté de Paris. — M. le docteur Blanchard.
Faculté de Lyon. — M. le docteur Beauvisage.
Faculté de Montpellier. — M. le docteur Granel.
Faculté de Nancy. — M. le docteur Macé.

B. — *Anatomistes et physiologistes.*

Faculté de Paris. — M. le docteur Reynier.
Faculté de Bordeaux. — M. le docteur Planteau.
Faculté de Lille. — MM. les docteurs Wertheimer et Demon.
Faculté de Lyon. — M. le docteur Debierre.
Faculté de Nancy. — Néant.

***

CONCOURS DE L'INTERNAT. — L'ouverture du concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris et pour la nomination aux places d'élèves internes aura lieu le 8 octobre 1883, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, no 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration : tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au lundi 24 septembre, inclusivement.

***

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes au 1er janvier 1884 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le mardi 9 octobre 1883, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, no 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 3 septembre jusqu'au jeudi 27 du même mois, inclusivement.

AVIS SPÉCIAL. — Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les engagés volontaires qui doivent être libérés au mois de novembre prochain et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours seront appelés à subir la première épreuve à partir du jour de la libération du service militaire.

***

M. le docteur Charles Monod, agrégé, chirurgien des hôpitaux, suppléant M. le professeur Trélat durant les vacances, commencera ses conférences cliniques à l'hôpital Necker le jeudi 16 août, à dix heures.

***

HÔPITAL-HOSPICE. — Le conseil municipal de Paris a voté, dans sa dernière séance, la création d'un nouvel hôpital-hospice dans le département de Seine-et-Oise, et a autorisé le directeur de l'Assistance publique à acquérir à l'amiable, dans ce but, le domaine de Brévannes.

***

PRIX. — Un prix de 25,000 francs est offert par la « *Company of Grocers* » pour la solution du problème suivant : « Découvrir une méthode au moyen de laquelle le virus vaccinal puisse être cultivé dans un milieu indifférent. La méthode doit permettre de multiplier le virus indéfiniment par générations successives, et le produit de chaque génération doit accuser les qualités de la lymphe vaccinale naturelle, autant que le délai accordé en permettra l'épreuve. »

Les travaux, écrits en anglais, doivent être remis par les candidats avant le 31 décembre 1886.

Le prix sera décerné aussitôt que possible après cette date.

S'adresser, pour de plus amples informations, à *The Clerck of the Grocer's Company, Grocer's Hall E.-C. Londres.*

***

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE, RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE. — *Programme des prix et récompenses à décerner en 1884.* — Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 6 juin 1882, a décidé : 1o Que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours ; 2o Que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

La Société ne met au concours aucune question spéciale, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur les questions suivantes :

De l'alcoolisme héréditaire ;

Action sur l'économie des eaux-de-vie de cidre et de poiré ;

Mesures qu'il convient de prendre à l'égard des ivrognes d'habitude.

Une somme de 2,000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés.

Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier de l'année 1884.

Conformément aux dispositions de l'art. 2, § 5, de ses statuts, la Société décernera en outre, dans sa séance solennelle de mars 1883, des récompenses aux instituteurs, chefs d'atelier, contremaîtres, ouvriers, serviteurs ou autres personnes qui seront signalées pour leur active propagande en faveur de la tempérance.

Mission scientifique. — M. le docteur Aronssohn est chargé d'une mission scientifique et médicale en Egypte. Il devra étudier le choléra au point de vue étiologique, en même temps qu'au point de vue de la chimie physiologique et de la thérapeutique appliquée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1882-1883.

234. M. Goyon. Note médicale sur une expédition en Nouvelle-Irlande (Océanie) et contribution à l'étude des fièvres paludéennes. — 235. M. Esclangon. La fièvre jaune à bord du *Jaguar* (Sénégal), juillet-août-septembre 1881. — 236. M. Potu. Contribution à l'étude de la conjonctivite diphthéritique. — 237. M. Rouvier. Des altérations professionnelles des ouvriers gantiers et palissonneurs envisagées au point de vue de l'intensité. — 238. M. Goudot. Etude sur la goutte saturnine. — 239. M. Lhirondel. Quelques points d'étiologie de la maladie de Parkinson. — 240. M. Bonieux. De la chute des ongles, de la chute et des douleurs névralgiques dans l'ataxie locomotrice et dans le diabète. — 241. M. Besson. De la mort subite dans certaines affections tuberculeuses.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 27 juillet au jeudi 2 aout 1883.

Fièvre typhoïde 30. — Variole 8. — Rougeole 22. — Scarlatine 2. — Coqueluche 13. — Dipthérie, croup 23. — Dysenterie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 48. — Phthisie pulmonaire 169. — Autres tuberculoses 7. — Autres affections générales 57. — Malformation et débilité des âges extrêmes 45. — Bronchite aiguë 17. — Pneumonie 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 64, — au sein et mixte 44. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 78. — de l'appareil circulatoire 58. — de l'appareil respiratoire 80. — de l'appareil digestif 52 — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 8. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 33. — Causes non classées 4. — Total de la semaine : 950 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité de la vaccine et de la vaccination humaine et animale, par le docteur E. Warlomont, directeur de l'Institut vaccinal de Belgique, etc. Un vol. in-8 de 384 pages, 1 planche. — Prix : 7 fr. — Paris, 1883, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traité clinique de l'inversion utérine, par M. P. Denucé, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Un vol. in 8 de 645 pages avec 103 figures. — Prix : 12 fr. — Paris, 1883, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Corrente elettrica applicata a talune mallatie di chirurgica e medecina, osservazioni cliniche, par le docteur Francesco Dichiara. Un vol. in-8. — Prix : 6 fr. — Paris, 1883, librairie G. Pedone-Lauriel, 13, rue Soufflot.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

54e année. 6e série. Tome V. N° 33 18 AOUT 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE ;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN ;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 16 août 1883.

Académie de médecine. — DU CUIVRE CONTRE LE CHOLÉRA.

L'Académie de médecine a entendu mardi dernier la lecture d'une note de M. Burq, dans laquelle l'auteur affirme une fois de plus que l'imprégnation des tissus par le cuivre confère à l'homme de très grandes chances d'immunité contre le choléra, et que l'administration de ce métal, *intus* et *extra*, rend de très grands services dans le traitement de cette maladie. Depuis plus de trente ans que M. Burq cherche à faire triompher cette thèse, il n'a pas réussi jusqu'ici à recueillir de nombreuses adhésions auprès des représentants de la médecine officielle. Cependant les faits sur lesquels s'appuient une partie des assertions de ce distingué praticien méritent d'être pris en considération sérieuse. Ces faits, que beaucoup de nos lecteurs connaissent et dont il a été plus d'une fois question dans ce journal, seraient trop longs à énumérer ici (1). Qu'il nous suffise de dire qu'ils sont le fruit d'une enquête doublement méritoire par les efforts qu'elle a coûtés et par le désintéressement de celui qui l'a entreprise, enquête qui a porté sur des milliers d'individus et qui a mis au jour, comme une vérité indéniable, l'immunité presque générale des ouvriers en cuivre contre le choléra, constatée dans le cours des plus récentes épidémies. C'est là un fait très accrédité auprès des ouvriers parisiens employés dans les diverses industries du cuivre, comme nous avons pu nous en convaincre.

(1) Voir : *Du cuivre dans le choléra au point de vue prophylactique et curatif*, par le docteur V. Burq, Paris, 1867.

Est-ce à dire que si les vertus prophylactiques du cuivre contre le choléra paraissent très vraisemblables, on en puisse affirmer autant de l'efficacité de cette substance dans le traitement de la maladie en question ? C'est ici le cas de ne pas perdre de vue combien, dans le domaine de la thérapeutique, les illusions sont faciles et les déceptions nombreuses.

Ajoutons que les observations de M. Burq ne peuvent qu'être corroborées par les résultats des recherches toutes récentes de M. Chamberland, de M. P. Bert et de M. Miquel. Ces recherches démontrent que les sels de cuivre sont doués d'une puissante action antiparasiticide et qu'à très faibles doses ils arrêtent le dévloppement de certains microbes dans les cultures.

E. R.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DE LA SPLÉNO-PNEUMONIE (?) par M. J. GRANCHER, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Necker (1).

Woillez a décrit, sous le nom de congestion pulmonaire simple, un état morbide du poumon, variable dans ses allures, ses

(1) Lu à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 août 1883.

FEUILLETON

De la bibliographie médicale

Propositions en guise de préface. — Les bibliothèques médicales de Paris ouvertes au public. — Le dépôt légal. — La bibliothèque de l'Académie de médecine. — Les manuscrits du fonds Daremberg.

Suite. — Voir le numéro 26.

Les bibliothèques médicales de Paris, ouvertes au public médical, sont assez nombreuses. Ce sont celles : de l'Académie de médecine, de l'Ecole ou de la Faculté de médecine, de l'Ecole militaire du Val-de-Grâce, et celles établies dans divers hôpitaux. Sans être spéciale, il faut ajouter ici la Bibliothèque nationale, dont la section des sciences médicales est fort riche.

Nous avons eu déjà l'occasion de faire connaître à nos lecteurs celle de l'Académie. La notoriété dont jouit ce corps savant, le bulletin hebdomadaire qu'elle publie régulièrement et la publicité qu'il comporte, les relations de ses membres avec les médecins et élèves qui écrivent et font présenter leurs travaux, les envois répétés des ministères et administrations publiques et les dons particuliers, font arriver chaque année, à la Bibliothèque de l'Académie un nombre important d'imprimés. Bien que réservée pour l'usage des membres de la compagnie, le conseil d'administration a voulu qu'elle fût libéralement accessible à tous ceux qui, ayant des recherches à faire, viennent demander la communication de documents qu'ils n'ont point trouvés ailleurs, et ses bibliothécaires se sont fait un devoir de répondre le mieux possible à toutes les demandes de renseignements qui leur sont journellement adressées. C'est ainsi, qu'en relations constantes avec les sociétés savantes de l'Europe et les savants et les chercheurs de tous pays, ils obtiennent aisément pour les collections dont ils ont la garde bien des ouvrages nouveaux, auxquels ils ont pu coopérer, en transmettant à leurs auteurs, quelques détails, dates, observations ou indications bibliographiques difficiles à rencontrer, ailleurs que dans une grande bibliothèque médicale.

Tout cela explique comment, avec un maigre budget de 6,000, qui doit pourvoir aux honoraires de deux bibliothécaires et à tous

signes physiques et sa durée; de sorte qu'il est quelquefois difficile, au lit du malade, de s'entendre sur la valeur clinique de sa définition. Il me semble que si l'on pouvait dégager, dans ce groupe confus des hyperhémies pulmonaires qui s'étend de la fluxion simple jusqu'aux frontières de la pneumonie, un ou deux types dont les signes physiques et les autres caractères cliniques auraient une certaine fixité, on rendrait un véritable service aux médecins.

Depuis longtemps j'ai remarqué, comme tous mes confrères sans doute, que le diagnostic différentiel entre la pleurésie et certaines congestions pulmonaires n'est pas toujours facile. L'observation récente d'un malade, entré le 18 juillet dans mes salles, m'a décidé à vous soumettre l'étude d'un problème délicat, digne de votre attention. Permettez-moi de vous rapporter brièvement l'histoire de mon malade.

C'est un homme jeune (24 ans), d'une bonne santé habituelle, qui tomba malade le 12 juillet, six jours avant d'entrer à l'hôpital, à la suite d'une ondée qu'il avait reçue dans la journée. Le soir même, il fut pris d'un point de côté avec frisson et dyspnée, et dans les jours suivants il fut obligé de garder la chambre, toussant un peu, sans cracher toutefois, souffrant toujours de sa douleur costale et de sa dyspnée.

Quand il vint à l'hôpital, il se plaignait des mêmes symptômes, il avait un peu de fièvre (38°,5), mais ne toussait ni ne crachait. L'examen de la poitrine fit voir qu'il existait dans toute la partie inférieure du côté gauche, depuis l'angle de l'omoplate jusqu'en bas, tout le groupe des signes physiques de la pleurésie : matité avec affaiblissement considérable des vibrations, souffle aigu, égophonie, pectoriloquie aphone; tel fut, du reste, le diagnostic de mon interne et de tous les élèves de mon service. Cependant, malgré la constatation formelle des signes qui précèdent et pour les raisons que je vous donnerai plus loin, je gardais par devers moi cette opinion que la plèvre était saine et que le poumon était la cause unique de tous les symptômes. Je priai mon collègue et ami, M. Rigal, avec qui je m'étais souvent entretenu de ces difficultés de diagnostic, de vouloir bien me donner son avis. Après un examen attentif, M. Rigal pensa qu'il existait un léger épanchement intra-pleural avec congestion pulmonaire, et, pour lever tous les doutes, il fit, séance tenante, avec la seringue de Pravaz, une ponction exploratrice dans le point où l'égophonie lui parut le plus manifeste. Cette ponction ne donna que quelques bulles d'air et une gouttelette de sang, l'aiguille étant entrée immédiatement dans le poumon. Il est inutile d'ajouter que cette exploration, ainsi que celles qui suivirent, fut tout à fait inoffensive. Il suffit, pour se mettre à l'abri de tout accident, de désinfecter la seringue, et, parmi les divers procédés, le plus simple et le meilleur, c'est le lavage à l'eau bouillante de l'aiguille et de la seringue, en changeant les rondelles du piston. Le lendemain et les jours suivants, les mêmes signes physiques persistaient, le malade ne toussant pas, sauf quand il se mouvait; il était pris alors d'une petite toux sèche, sans expectoration.

Le 20 et le 21 juillet, je fis deux nouvelles ponctions et je pus constater que la seringue commençait à se remplir de bulles d'air quand l'aiguille était enfoncée à 8 ou 9 millimètres de profondeur, ce qui revient à dire, étant donné l'embonpoint du sujet, que la plèvre n'avait subi aucun épaississement notable et que le poumon était appliqué contre la paroi thoracique.

Le 22 juillet, je priai M. le professeur Potain de voir ce malade, après l'avoir mis au courant des incidents que je viens d'indiquer. M. Potain reconnut que les signes plaidaient pour une congestion pulmonaire avec épanchement, et me dit que, si la preuve de la non-existence de cet épanchement n'avait pas été faite, il n'eût pas hésité à admettre la présence d'une petite couche liquide.

J'ai soumis ce malade à l'examen de plusieurs internes de l'hôpital, de plusieurs médecins, et tous, dans l'ignorance de nos explorations, conclurent à l'existence d'une pleurésie. En effet, non seulement les signes de la pleurésie étaient réalisés, mais encore toute l'évolution de la maladie, son début, sa marche, sa localisation, etc. Je dois dire que pour toutes ces raisons très fortes, comme on le voit, mon collègue, M. Blachez, à qui je montrai le malade, persista à penser qu'il existait une pleurésie gélatineuse, sinon une pleurésie avec épanchement. Il me semble toutefois difficile de faire cadrer cette opinion avec la preuve fournie par l'aiguille capillaire, que le poumon est à 8 ou 9 millimètres de la surface de la peau. Comment expliquer, dans ces conditions, que la matité, la diminution des vibrations, le souffle, etc., soient dus à un état pathologique de la plèvre? M. Potain et M. Rigal n'ont pas hésité à admettre avec moi que le poumon était seul responsable de tous les symptômes, sans participation sérieuse de la plèvre.

---

les frais de bureau et de reliure, lesquels frais absorbent juste la moitié de ce budget, la bibliothèque de l'Académie s'accroît sans cesse, à notre grande satisfaction.

A la fin de 1874, un premier inventaire indiquait un nombre de 48,620 ouvrages reçus, représentant 86,744 volumes ou brochures; au 31 décembre 1882, le total des ouvrages reçus est de 66,586, formant un ensemble de 109,873 volumes ou brochures, chiffres au-dessous encore de la réalité, un second inventaire fait sur place nous ayant permis de constater que les chiffres indiqués par les catalogues des fonds Daremberg et Mattei, devraient être augmentés d'un nombre important d'articles omis sur les catalogues rédigés par ces deux collectionneurs, et provisoirement acceptés tels quels.

L'ensemble des volumes ou brochures entrés à la bibliothèque du 1er janvier 1875 au 31 décembre 1882 n'est donc pas moins de 23,129. Ce chiffre se décompose ainsi : 1875, 1,099; 1876, 4,254; 1877, 1,671; 1878, 2,628; 1879, 2,898; 1880, 2,135; 1881, 6,470 (chiffre élevé dû à la collection Mattei); 1882, 1,974.

Si nous examinons maintenant la composition du chiffre de la dernière année écoulée, nous remarquons que les ouvrages entrés sont au nombre de 965, que les périodiques s'élèvent à 405, et les thèses de l'année à 604. Le chiffre des ouvrages reçus est supérieur à celui accusé par le JOURNAL DE LA LIBRAIRIE, où sont enregistrés tous les ouvrages du dépôt légal à la Bibliothèque nationale, dépôt d'ailleurs irrégulièrement effectué et sur lequel nous donnons plus loin les détails d'organisation. L'Académie reçoit donc, sauf de rares exceptions, tous les ouvrages de médecine imprimés en France. Elle reçoit également tous les périodiques, sauf deux, toujours en ce qui concerne la France, mais il n'en est pas de même de l'étranger. Nous n'avons enregistré en 1882 que 108 périodiques étrangers, chiffre intéressant sans doute, mais bien incomplet. Et c'est là, suivant nous, le desideratum de notre bibliothèque. Nous n'hésitons pas à faire appel à la bonne volonté de ceux de nos confrères qui reçoivent des journaux publiés en langue étrangère, et qui s'en débarrassent peu de temps après, faute de place. Qu'ils nous offrent leurs collections; les grands dépôts publics sont certainement en mesure de conserver les recueils encombrants; ils seront toujours d'ailleurs à leur disposition toutes les fois qu'ils en auront besoin.

Les noms des principaux donateurs de notre bibliothèque, que

Aujourd'hui le malade est encore dans ma salle : les signes physiques ont un peu diminué, le souffle est plus intense, plus limité, la matité est moins forte, les vibrations commencent à se percevoir, mais nous sommes au vingt-huitième jour de la maladie, et c'est une ressemblance de plus avec la pleurésie légère qui dure, en moyenne, de quatre à cinq semaines.

J'ai dans mon service un autre malade albuminurique chez lequel la paracentèse a été faite à plusieurs reprises. Aujourd'hui l'anasarque et l'ascite ont disparu, mais il reste du côté gauche de la poitrine un ensemble de signes qui ont fait porter le diagnostic d'hydro-thorax : matité, vibrations abolies, souffle doux, égophonie.....

Depuis plus de trois mois, les signes physiques n'ont pas varié et, à l'origine, ce malade souffrit pendant plusieurs jours d'un point de côté sans toux ni expectoration ; de temps en temps, la douleur thoracique reparaît, mais sans manifestation sensible des signes physiques. Chez cet homme, comme chez le précédent, les ponctions capillaires ont démontré que le poumon est appliqué contre la paroi thoracique, sans interposition d'aucun épanchement.

Voilà donc deux malades chez lesquels tout médecin non prévenu conclura certainement ou à l'existence d'une pleurésie simple ou à l'existence d'un épanchement pleural avec congestion pulmonaire; et cependant il n'existe ni pleurésie, ni hydro-thorax, mais un état pathologique du poumon qui reproduit presque tous les traits des épanchements pleuraux.

Jusqu'à ce que le hasard nous fournisse par l'autopsie le moyen de décrire les lésions anatomiques, nous pouvons peut-être esquisser, sous toute réserve, la description d'un état pathologique qui ne serait ni la pneumonie franche ni la congestion simple.

En réfléchissant à la manière dont les vibrations se forment et se perçoivent, on reconnaît qu'elles *naissent* dans le larynx, qu'elles se *propagent* dans les tuyaux bronchiques et qu'elles se *transmettent*, par le parenchyme pulmonaire, à la main appliquée sur le thorax. Dans l'espèce, l'absence complète de tout signe appartenant à une inflammation des bronches ou à leur compression ne permet pas de rapporter la diminution du frémitus thoracique à un défaut de propagation dans les canaux bronchiques. Mais, si la transmission par le poumon change avec les modifications de densité qu'il a subies, on conçoit que les alvéoles, à demi pleins d'un exsudat séro-albumineux mêlé de cellules épithéliales, se rapprochent plutôt de la densité des liquides que de celle des solides. Dans ces conditions, la masse pulmonaire doit opposer aux vibrations vocales qui traversent les bronches à peu près le même obstacle qu'une couche de liquide intra-pleural. De fait, chacune des ponctions capillaires a fourni une goutte non de sang pur, mais de liquide séro-sanguinolent, où les globules rouges sont peu nombreux.

A l'appui de cette explication, je pourrais citer plusieurs autopsies où le diagnostic de pleurésie, avec ou sans congestion, avait été porté, et où cependant le poumon était responsable de tous les signes, une symphyse pleurale ancienne ne permettant pas d'invoquer la présence, même temporaire, d'un épanchement.

Quel nom mériterait cette altération du poumon, qui n'est ni la pneumonie franche lobaire, ni la congestion simple de Woillez, ni la congestion passive ? On pourrait peut-être choisir le terme de *spléno-pneumonie*, qui s'applique assez bien à ce que nous savons de ces infiltrations séro-albumineuses et épithéliales en même temps ; mais je m'empresse de reconnaître qu'un examen histologique vaudrait mieux que les déductions, même les plus légitimes en apparence.

Le diagnostic de la spléno-pneumonie et de la pleurésie subaiguë est très difficile, puisque l'application des notions classiques actuelles conduit presque infailliblement à l'erreur. J'ai été mis sur la voie du diagnostic différentiel, d'une part en étudiant attentivement les signes du *foyer* de la lésion, d'autre part en étudiant les phénomènes du *voisinage*. Les signes du foyer sont bien ceux d'une pleurésie; mais, et c'est la raison principale pour laquelle M. Potain et M. Rigal croyaient à une congestion pulmonaire concomitante, l'égophonie était plutôt de la broncho-égophonie que de l'égophonie pure ; de même le souffle était moins doux et moins aigu que celui de la pleurésie.

Il faudrait donc, malgré la diminution des vibrations et la matité, n'affirmer l'épanchement intra-pleural que si l'égophonie est très pure et le souffle très aigu. Cependant, ces deux signes n'ont toute leur valeur que dans les pleurésies simples, car si la pleurésie, comme il arrive souvent, se complique de congestion pulmonaire, l'égophonie perd sa pureté et le souffle son acuité. C'est donc surtout avec une congestion pulmonaire compliquée d'épanchement que le diagnostic de la

---

nous n'omettons jamais de citer dans nos rapports annuels et que nous ne saurions trop remercier, sont pour ces dernières années : MM. Cloquet et Larrey, qui tous les ans envoient un lot considérable de périodiques médicaux ; M. Woillez et M. Giraud-Teulon, pour la remise d'anciens ouvrages de médecine ; M. Auguste Broca, interne des hôpitaux, qui a bien voulu adresser à l'Académie quarante mémoires ou notes scientifiques dus à son regretté père ; M. de Quatrefages, pour le don de cinquante-deux ouvrages dont il est l'auteur ; M. Bourneville, pour la collection de ses quarante-cinq rapports sur l'hygiène et l'administration hospitalière ; S. G. M. le duc de Devonshire, pour le superbe catalogue de sa bibliothèque, l'une des plus considérables de l'Angleterre ; M. Depréter, plusieurs volumes de journaux ; Mme Mattéi, qui a bien voulu enrichir la bibliothèque d'une collection importante d'ouvrages sur l'obstétrique, collection réunie par feu son mari, et qui est venue combler une des lacunes de notre ancien fonds, assez pauvre en ouvrages de ce genre ; M. Vergely, de Bordeaux, une vingtaine de mémoires ; M. Brun, de Lyon, également. Enfin nous n'omettrons pas MM. les éditeurs G. Masson, Delahaye et Lecrosnier, Germer-Baillière, Reinwald et J.-B. Baillière.

Les administrations publiques nous ont également enrichis.

Le ministère de l'Instruction publique nous a généreusement accordé la plupart des documents publiés par ses soins, c'est-à-dire tous les cartulaires, les actes du Parlement, les documents inédits de l'histoire de France, les catalogues des manuscrits de la Bibliothèque nationale de Paris et des bibliothèques des départements, documents divers où se rencontrent à chaque instant des renseignements précieux pour l'histoire de notre art.

Le ministère de l'Intérieur : la collection des inventaires des archives départementales, près de cent volumes in-4, où abondent des détails biographiques et historiques sur les médecins, les hôpitaux, l'hygiène publique ; vaste recueil, non dépouillé encore, et dont nous publierons très prochainement, nous l'espérons, des extraits d'un grand intérêt.

Les ministères de l'agriculture et du commerce : les recueils des conseils d'hygiène, la statistique de la France, etc.

Le ministère de la guerre : ses documents statistiques et ses périodiques.

La préfecture de la Seine et le conseil municipal de Paris : la collection des rapports sur l'Assistance publique, les hôpitaux, les

spléno-pneumonie est difficile. Les raisons qui m'ont fait éloigner, dans les deux cas que j'ai cités, toute idée d'épanchement intra-pleural, sont les suivantes : j'entendais, en les cherchant attentivement et au milieu du plus profond silence, quelques crépitations fines, discrètes, strictement limitées à l'inspiration; j'ajoute que, pour provoquer leur apparition, il fallait faire tousser le malade et le saisir comme au vol dans la grande expiration qui suit la toux. Leur caractère de crépitation sèche d'une part, leur limitation rigoureuse à l'inspiration d'autre part, me semblaient devoir écarter de ma pensée les bruits dits *pleuraux* qui sont plus gros, plus humides et dispersés aux deux temps de la respiration.

Tous les médecins qui ont vu ces malades ont pu percevoir ces crépitations et les ont interprétées comme moi.

L'examen du *voisinage* me semble aussi précieux que celui du *foyer*; dans toute pleurésie, pour peu que le poumon soit intact, il se trouve refoulé et condensé au-dessus de l'épanchement, et l'on trouve, dans ce cas, au-dessus de la zone de matité, du souffle et de l'égophonie, une autre zone où les vibrations sont augmentées par rapport à l'état physiologique, tandis qu'elles sont abolies ou diminuées au-dessous.

Chez les deux malades dont j'ai rapporté l'histoire, ces signes du *voisinage*, dus à la condensation du poumon, n'existent pas; on passe du foyer aux régions voisines par gradation insensible, les vibrations reparaissent peu à peu, au lieu de reparaître brusquement et accrues, de sorte que les phénomènes de la condensation pulmonaire manquent au-dessus des signes de la spléno-pneumonie.

Je n'affirme pas que ces deux éléments de diagnostic (crépitations, signes de voisinage) soient toujours présents, suffisants et fidèles, mais je pense que bon nombre d'observations nouvelles pourront en augmenter la valeur, si on prend soin de les rechercher; peut-être aussi existe-t-il des signes meilleurs que je n'ai pas su découvrir.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA, par A. NETTER.

La GAZETTE DES HOPITAUX vient de publier à l'appui de la médication que je préconise depuis si longtemps contre le choléra (*administration, coup sur coup, d'énormes quantités de boissons aqueuses*) un fait singulièrement significatif, et instructif aussi à des points de vue divers.

« Bornons-nous, y lit-on, à rappeler brièvement un souve-« nir personnel qui vient à l'appui de la méthode de M. « Netter.

« Après l'épidémie de 1863, l'année suivante, durant la sai-« son chaude, le choléra reparut à l'Hôtel-Dieu de Paris, et « il y fit beaucoup de victimes, sans se répandre en dehors de « ses murs

« Il y gagna de lit en lit, frappant presque tous les malades « qui s'y trouvaient pour d'autres causes. Les symptômes, en « apparence, n'avaient rien de bien redoutable. Trousseau « parvint facilement à arrêter les vomissements et la diarrhée « en interdisant absolument toute boisson et en faisant admi-« nistrer, de demi-heure en demi-heure, un mélange de lau-« danum, d'essence de menthe et d'éther. Les crampes et les « douleurs ne semblaient pas très fortes. Souvent, au bout « de quelques heures, il se faisait un commencement de réac-« tion. On aurait pu croire qu'avec ce mal sans grand tapage « des individus peu affectés devaient tous guérir. Mais c'était « le contraire qui se produisait; *ils mouraient tous*. Le seul « que j'aie vu se rétablir était un Auvergnat qui paraissait « atteint beaucoup plus gravement que les autres. Il avait « demandé d'une voix éteinte qu'on lui permît de prendre un « bain, et Trousseau, qui le regardait comme fatalement con-« damné n'avait pas voulu s'opposer à cette fantaisie d'un mou-« rant. Le lendemain, au grand étonnement de tout le monde, il « allait mieux, et on apprit par l'infirmier, que, durant son bain, « se trouvant placé du côté du robinet d'eau froide, il en avait « profité pour boire une quantité d'eau considérable. Il de-« mandait un second bain. Trousseau ordonna qu'on le plaçât « cette fois du côté du robinet d'eau chaude. Le lendemain il « était tout à fait en bon état; mais l'infirmier conta qu'en se « laissant glisser et en s'enfonçant peu à peu dans la bai-« gnoire il avait bu près du tiers de l'eau de son bain. Il « avait aussi volé un pain, qu'il avait mangé. On lui reprocha « sévèrement ce vol, et il fut expulsé, guéri de l'hôpital. »

Ce fait, pour mieux dire cet événement, est gros d'enseignements.

Pourquoi, la seconde fois, Trousseau a-t-il ordonné de pla-

---

aliénés, les bureaux de bienfaisance, l'inventaire des archives hospitalières et la magnifique collection de l'histoire de Paris, dont les volumes, d'une exécution typographique parfaite, avec des planches remarquables dues aux meilleurs artistes, méritent bien l'admiration de ceux qui les consultent.

(A suivre).

Dr A. DUREAU.

CONCOURS. — Un concours s'ouvrira le 7 janvier 1884 à l'Ecole du Val-de-Grâce pour un emploi de professeur agrégé en médecine. Sont seuls admis à y prendre part les médecins-majors de 1re et de 2e classe. La demande des candidats doit être adressée, par voie hiérarchique, au ministère de la guerre, avant le 1er décembre 1883, terme de rigueur, revêtue, sous peine de rejet, de l'avis motivé de leurs chefs.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 22 juin 1883, ont été nommés : au grade de médecin principal de première classe, M. Dujardin-Beaumetz (Armand-Napoléon-Thadée), médecin principal de deuxième classe. — M. Perrin (François-Antoine-Edouard), médecin major de première classe, a été nommé médecin principal de deuxième classe. — MM. Collin (Henri-Eugène), Lachappelle (Jean-Marie-Raphaël-Alban), Mouton (Marie,-Lugien-Charles), médecins-majors de deuxième classe, ont été promus médecins-majors de première classe. — MM. Moreaud (Jean-Baptiste-Angel), Louis (Napoléon-Nicolas), Achintre (Auguste-Charles), médecins aides-majors de première classe, ont été promus médecins-majors de deuxième classe.

— A la suite du concours qui vient d'avoir lieu à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, les médecins militaires dont les noms suivent ont été nommés, par décision ministérielle du 24 juin 1883, professeurs agrégés à ladite école : MM. Richard, médecin-major de première classe (Hygiène et médecine légales militaires), Vaillard, médecin-major de deuxième classe (Maladies et épidémies des armées), Chavasse, médecin-major de deuxième classe (Clinique chirurgicale).

cer le malade du côté du robinet d'eau chaude, eau brûlante? C'est pour l'empêcher de boire de nouveau. C'est que Trousseau, interdisant généralement toute boisson, avait l'idée arrêtée que toute boisson était pernicieuse, de sorte qu'à ses yeux l'amélioration, survenue après le premier bain, a été due au bain même. Déjà, en 1832, à l'Hôtel-Dieu de Paris, on croyait à cet effet des bains. (Voir mon ouvrage, VUES NOUVELLES SUR LE CHOLÉRA 1874, p. 82, et GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1832). Si dans l'événement de 1863, Trousseau avait quelque peu pratiquée le doute philosophique, il se serait posé cette alternative: Ou bien c'est le bain, ou bien c'est la quantité d'eau bue qui a causé le brusque changement, l'idée de l'action simultanée des deux moyens étant provisoirement écartée. Quant à croire là à une simple coïncidence, cela me semble inadmissible, tous les autres cholériques ayant succombé avec des médications autres.

Quelle que soit l'opinion que l'on ait sur la nature du choléra et sur l'efficacité de n'importe quelle médication, il est un fait certain, c'est que, dans l'algidité, la réaction, circulation du sang, ne peut s'établir qu'autant que le sang, actuellement poisseux, redevient liquide, et par conséquent il y a pour le moins lieu de penser aux quantités de boissons ingurgitées. Eh bien, malgré tout ce que j'ai écrit et ce que d'autres ont écrit là-dessus, on ne fait pas la moindre attention à ce côté des choses. Exemple saisissant : Lorain a fait *peser* son cholérique moribond avant de lui injecter dans le sang les 400 gr. d'eau. Le malade ressuscite, *transpire, vomit abondamment*, et le lendemain il pèse *450* de plus que la veille. C'est que, a dit Lorain « *il buvait plus qu'il n'excrétait* ». Mais combien a-t-il été bu dans cette résurrection si exceptionnellement suivie de la guérison définitive? Combien a-t-il été bu? On n'en sait rien. On vous dira la quantité d'eau injectée dans le sang, le poids quotidien du malade, le degré précis de ses températures, le nombre de ses pulsations et de ses inspirations, et on vous laissera ignorer la quantité d'eau donnée en boisson, quand tout tient au rétablissement de la circulation, partant à la transformation du sang poisseux en sang liquide?

Revenons au récit du journal. La guérison ayant été due ou bien au bain, ou bien à la quantité d'eau ingurgitée, il n'y a qu'à expérimenter les deux moyens comparativement.

Que dans une épidémie, dans le même hôpital, deux médecins, l'un croyant au bain ou aux remèdes ordinaires, l'autre à l'énorme quantité seulement des boissons ingurgitées, traitent simultanément les cholériques, et l'on saura bientôt à quoi s'en tenir. Si le choléra arrive en France, ou quelque antre part en Europe, mais sur le continent, je désirerais être l'un de ces médecins. (Je viens de dire sur le continent, parce que, pour des raisons personnelles, toute traversée m'est interdite.)

En dehors de cet essai comparatif, les confrères qui voudront essayer l'administration, coup sur coup, d'énormes quantités de boissons aqueuses devront laisser de côté tous les autres remèdes. On a vu dans le récit à quoi ont servi le laudanum, l'eau de menthe, l'éther. Si, en face d'un cholérique, l'on avait sous les yeux la muqueuse du tube digestif avec sa desquamation épithéliale, lésion si délicate, est-ce qu'on répandrait dessus les drogues que l'on fait avaler? Je renvoie à mon ouvrage pour tous autres détails.

ANATOMIE ANIMALE

SUR L'ÉPITHÉLIUM FENÊTRÉ DES FOLLICULES CLOS DE L'INTESTIN DU LAPIN ET DE SES STOMATES TEMPORAIRES (1), par M. J. RENAUT.

I. La muqueuse de l'appendice iléo-cœcal du lapin, uniquement formée de follicules clos adjacents entre eux, se réduit à une vaste plaque de Peyer diffuse. Dans cette plaque de Peyer et dans celle qui termine l'intestin grêle, la partie saillante ou *tête* de chaque follicule est entourée par un repli de la muqueuse intestinale disposé par rapport à cette tête comme le prépuce à l'égard du gland. La tête folliculaire est donc placée au fond d'une *cupule* (Frey) (2), terminée profondément par une rigole analogue au reflet balano-préputial. J'ai reconnu d'abord qu'en se réfléchissant des parois de la cupule sur la tête du follicule, l'épithélium intestinal perd toutes ses cellules caliciformes, et se trouve réduit à des cellules cylindriques à plateau strié.

Au sommet de la tête, cet épithélium est formé de cellules étroites, hautes, striées suivant leur hauteur; mais à mesure que l'on descend vers la rigole de la cupule, on le voit se modifier. Tout d'abord on constate entre ses cellules la présence de globules blancs qui écartent les éléments épithéliaux pour prendre place et former ce qu'on a appelé des *thèques intra-épithéliales* (3). Au voisinage du point de réflexion de l'épithélium de la tête sur la paroi de la cupule, il s'agit d'une véritable infiltration diffuse des cellules lymphatiques. Le revêtement épithélial, pénétré par une énorme quantité d'éléments migrateurs, ne semble plus nettement limité du côté du follicule, mais la ligne des plateaux striés subsiste comme un trait au-dessous duquel les corps des cellules épithéliales, déjetés dans tous les sens, sont comme noyés au milieu des cellules lymphatiques, aussi nombreuses que dans le tissu réticulé subjacent.

Pour prendre une idée exacte de la façon dont l'épithélium a été modifié par la pénétration des cellules lymphatiques, il convient de faire des coupes sur des fragments de muqueuse fixée pendant deux ou trois heures par les vapeurs d'acide osmique, de traiter ces coupes au pinceau et de les colorer au picrocarmin. Sur nombre de points, les cellules lymphatiques engagées dans l'épithélium ont été chassées, et ce dernier se trouve dégagé avec la forme qu'il avait quand il a été fixé vivant. Tous les plateaux striés, énormément élargis et amincis, forment une ligne continue d'où partent, à larges intervalles, des corps cellulaires étroits, présentant des pointes latérales à la façon de piquets épineux. Souvent ces pointes sont cassées, mais on en observe toujours qui vont rejoindre leurs similaires émanant d'une autre cellule. Les noyaux vésiculeux et typiques de ces corps cellulaires sont situés à diverses hauteurs, et non plus sur une même ligne comme dans l'épithélium normal. En résumé, l'épithélium des parois latérales eds têtes folliculaires, au lieu d'être comparable à un faisceau de javelots serrés et en contact, devient semblable aux piliers d'une voûte à arceaux multiples. La voûte représente la ligne des plateaux; les cellules épithéliales répondent aux colonnes distantes, leur ligne d'implantation sur le tissu réticulé au sol. Les espaces libres sont occupés par des cellules lymphatiques pressées les unes contre les antres.

II. Examinons de plus près les cellules épithéliales après les avoir dissociées par l'alcool au tiers et colorées par le picrocarmin. Nous constatons d'abord qu'elles se terminent toutes, à leur extrémité adhérente, par un mince plateau basal à double contour, et non pas en pointe. Les plateaux basaux sont soudés entre eux, ils re-

(1) Travail communiqué à l'Académie des sciences.

(2) Frey. *Untersuchungen über die Lymphgefæsse des Darmskanales*, Leipzig (1863), (tirage à part), p. 61, *et Traité d'Histologie et d'Histochimie*, 2e édit. française. Paris, Savy, 1877, page 560.

(3) J. Renaut. *Dic. encyclopédique des Sciences médicales*, art. *Dermatoses*, page 161.

posent directement sur les mailles du tissu réticulé ; mais, de distance en distance, on voit leur ligne rompue par des traînées de cellules lymphatiques qui prennent naissance dans le tissu adénoïde et vont rejoindre celles qui infiltrent l'épithélium. Les éléments épithéliaux peu modifiés ont gardé leur striation granuleuse, ceux qui le sont davantage l'ont perdue ; leur masse protoplasmique présente un éclat gras et homogène. La plupart sont sillonnées d'empreintes d'où partent des expansions délicates percées de trous elliptiques ou ronds.

Enfin la plupart des cellules répondant aux régions les plus infiltrées de globules blancs ont un aspect caractéristique. Elles sont beaucoup plus volumineuses que les cellules épithéliales ordinaires, leur noyau est refoulé inférieurement, un peu au-dessus du plateau basal. Au-dessus de ce noyau, leur masse protoplasmique est découpée en branches rameuses, souvent elles sont même percées de trous, qui dessinent une sorte de corbeille et vont s'insérer au plateau strié. Si l'on suppose un arbre à branches étalées, et qu'on ramène toutes ses branches en haut vers un même point qui serait ici le plateau, on se fera une idée approximative de ces singulières cellules dont le protoplasma a été troué, étiré en lames, percé de nouveau, etc., par les cellules migratrices, de manière à présenter en fin de compte l'aspect d'une cage. Jamais, à ma connaissance, une pareille forme de cellules épithéliales à plateau n'a été décrite. C'est pourquoi je propose de lui donner le nom de *cellule épithéliale fenêtrée*.

III. Le remaniement que je viens d'indiquer montre que les cellules lymphatiques sont capables de fenêtrer, par leurs passages incessants, des cellules épithéliales prises en particulier aussi bien qu'une lame mince comme l'épiploon. Mais, au point de vue de la continuité de l'épithélium ainsi fenêtré, quelle est la conséquence de leur activité ? Un fait évident, c'est que les éléments lymphatiques communiquant librement avec le tissu réticulé subjacent ne sont plus d'autre part séparés de la cavité intestinale que par une cuticule amincie, le plateau strié. C'est là déjà une excellente condition pour les échanges entre l'intestin et le système lymphatique. Par un artifice simple, en un point donné, un épithélium épais est réduit à une barrière cuticulaire aussi mince qu'un endothélium. Mais, après avoir déployé une activité capable de fenêtrer l'épithélium, et être arrivées sous la mince cuticule formée par les plateaux, respectent-elles cette barrière ?

J'ai cherché à élucider cette question en imprégnant d'argent les têtes folliculaires débarrassées de leurs cupules par un coup de rasoir tangentiel. Sans cette précaution, la solution ne pénètre pas en effet sur leurs faces latérales. J'ai ainsi réussi à imprégner *purement* l'épithélium fenêtré. Sur des coupes parallèles à la surface, j'ai vu qu'à son niveau, à la place du pavé polygonal régulier et à petites aires, bien indiqué au sommet de la tête folliculaire, l'imprégnation dessine des travées de cellules entre lesquelles on voit d'innombrables trous clairs, larges et arrondis, qui donnent à la partie latérale de la tête un aspect ocellé, identique à celui que montre un épiploon en voie de fenêtration et imprégné d'argent. Ces trous indiquent manifestement que les cellules lymphatiques passent aussi bien de l'épithélium fenêtré dans l'intestin que du tissu réticulé dans l'épithélium, ouvrant par leur passage des stomates analogues à ceux qui sont percés par les globules blancs dans la paroi des capillaires pendant la diapédèse, mais infiniment plus grands, plus nombreux, et probablement aussi plus persistants.

Le problème si discuté des *bouches absorbantes* intestinales est ainsi ramené, je crois, pour le cas particulier des follicules clos, à une solution conforme à ce qu'on sait à la fois de la constitution des épithéliums et des propriétés des cellules migratrices. Ces cellules travaillent sans cesse à transformer les parois latérales des têtes des follicules clos en des sortes de pommes d'arrosoir dont les trous sont ouverts pour un certain temps, et que l'imprégnation surprend dans cet état, mais qui se peuvent ensuite effacer plus ou moins rapidement, par suite du retrait de la ligne cuticulaire perforée sur elle-même, comme le ferait la paroi d'une lame de gélatine ramollie qu'on aurait percée à coups d'aiguille ou de poinçon (1).

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 juillet 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES DE L'ÉCORCE DU « DOUNDAKÉ » ET DE LA « DOUNDAKINE ». — Note de MM. BOCHEFONTAINE, B. FÉRIS et MARCUS, présentée par M. Vulpian.

Le doundaké est un arbrisseau (rubiacée ?) de la côte occidentale d'Afrique ; son écorce, employée empiriquement comme fébrifuge par les indigènes du Rio-Nunez, est rouge orangé, d'une saveur fortement amère, et formée de lamelles superposées qui se détachent facilement les unes des autres. M. Engel a soupçonné la présence d'un alcaloïde dans l'écorce, où Venturini a cru trouver de la *salicine*.

Nous devons à l'obligeance de M. Corre une certaine quantité d'écorce du doundaké, dont nous avons pu isoler une base organique par le procédé suivant :

« L'écorce pulvérisée est soumise à la décoction dans l'eau acidulée par l'acide sulfurique. Le liquide filtré est traité par la chaux. Le précipité est recueilli sur une toile, égoutté et comprimé ; le tourteau séché est épuisé par l'alcool au bain-marie. La solution alcoolique, concentrée par distillation, puis évaporée dans le vide, abandonne une substance que l'on purifie par de nouvelles évaporations. »

On obtient ainsi une poudre jaunâtre, formée de cristaux rhomboédriques visibles au microscope. Cette substance, d'un goût amer, soluble dans l'eau et dans l'alcool, possède une réaction alcaline. Elle précipite par la liqueur de Winkler les acides phosphotungstique et phosphomolybdique, mais elle ne se trouble pas au contact du réactif de Bouchardat. On peut, croyons-nous, la classer parmi les alcaloïdes et lui donner le nom de *doundakine*.

C'est en vain que nous avons recherché la salicine dans l'écorce du doundaké.

Nous avons étudié les propriétés physiologiques de l'écorce du doundaké avec des extraits hydro-alcooliques et avec la doundakine, sur des batraciens et des mammifères.

Nous concluons de ces recherches que l'écorce du doundaké contient une substance toxique qui exerce plus particulièrement son action physiologique sur la protubérance et le bulbe, pour amener chez la grenouille et le cobaye un certain état qui rappelle la catalepsie. Chez le chien, cet état n'est pas évident : il semble cependant que l'immobilité prolongée de l'animal dans les positions où on le place indique une tendance vers l'état cataleptique ; de sorte que, s'il nous avait été possible d'injecter dans les vaisseaux une plus grande quantité de substance, on aurait sans doute produit les mêmes phénomènes que chez les batraciens et les mammifères inférieurs.

Nous devons encore à M. Corre un échantillon d'un poison de flèches des indigènes du Rio-Nunez. Les expériences que nous avons faites avec ce poison, sur des grenouilles seulement, ont donné exactement les mêmes résultats qui viennent d'être décrits. Dans quelques cas, on a constaté un ralentissement notable de la production des mouvements réflexes. Il paraîtrait donc que le poison des flèches contient le principe actif de l'écorce que nous avons étudiée.

A l'instar des sauvages des rives du Rio-Negro, etc., qui se

(1) Travail du laboratoire d'anatomie générale de la Faculté de médecine de Lyon.

servent du curare pour la médecine, la chasse et la guerre, les indigènes du Rio-Nunez emploieraient aux mêmes usages l'extrait d'écorce du doundaké.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 août 1883. — Présidence de M. Bouley.

Correspondance officielle. — M. le ministre du commerce informe l'Académie que, par arrêté en date du 8 courant, il a approuvé les propositions de récompense présentées par l'Académie pour le service des vaccinations pendant l'année 1881.

La correspondance non officielle comprend : 1° Une note de M. le docteur Perrodut, de Montmorency, sur le traitement du choléra; 2° Une note de M. le docteur Léon Daille (d'Auxerre), relative à la toxicologie de la cantharidine. (Présenté en séance par M. Chatin.)

— M. Armand Gautier donne lecture du rapport sur le prix Henri Buignet. Les conclusions de ce rapport sont lues en comité secret.

M. Gautier lit ensuite une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

—M. Burcq lit un travail intitulé : *Du cuivre contre le choléra au point de vue prophylactique et curatif*.

L'auteur partant de ce fait, qu'il croit démontré « que tous les individus que leur profession, leur cohabitation ou le simple voisinage d'industries à cuivre expose à subir journellement une imprégnation cuprique, jouissent *généralement*, par rapport au choléra, d'une immunité proportionnelle à cette imprégnation acquise au moment même où sévit le fléau, propose, comme traitement de la maladie, l'application externe du cuivre, la combustion à domicile du bichlorure de cuivre dans les lampes à alcool et l'usage quotidien d'une préparation de bioxyde de cuivre à dose progressive depuis 1 centigramme jusqu'à 6 centigrammes en deux fois dans la journée, ou bien un quart de lavement, matin et soir, à l'eau tiède contenant de 5 à 20 centigrammes de sulfate de cuivre suivant les âges. » (Com. MM. Wurtz, Bergeron, Bouley.)

M. Larrey, désigné nominativement dans le mémoire de M. Burcq comme ayant expérimenté avec succès le cuivre contre le choléra, demande la parole pour rectifier l'affirmation de M. Burcq et déclarer qu'il n'a à ce sujet aucune expérience personnelle. Seulement, il est à sa connaissance qu'un médecin de Paris, le docteur Méray, fit en 1832, pendant le choléra, des applications nombreuses de cuivre dans sa pratique et que, depuis cette époque, il attachait une grande importance à l'emploi du cuivre contre les accidents cholériques.

— M. le docteur Moura donne lecture du complément des quatre mémoires qu'il a déjà lus à l'Académie sur l'*anche vocale*, ou *crico-glottique de l'homme*.

M. Moura compare l'organe vocal de l'homme à un hasson, et la partie de cet organe comprise entre le bord supéro-antérieur du cricoïde et le bord libre de la glotte, représente pour lui l'anche vocale. L'auteur donne ensuite les résultats que lui a fournis la mensuration de cette anche dans les deux sexes. (Com. MM. Verneuil, Proust et Cusco.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 août 1883. — Présidence de M. Millard.

Revaccinations — M. Millard donne lecture d'une lettre du directeur général de l'administration de l'Assistance publique relative au vœu émis par la Société médicale dans la dernière séance touchant les revaccinations. Conformément à ce vœu, les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils de Paris seront soumis à la revaccination, ainsi que les infirmiers et les infirmières. Quant aux élèves stagiaires, l'administration s'entendra avec la Faculté de médecine.

Accoucheurs des hôpitaux. — M. Moutard-Martin annonce à la Société que, sur la demande du préfet de la Seine et après avoir reçu pleine et entière satisfaction de l'administration, relativement à la composition des jurys du concours pour les places de médecins et de chirurgiens du Bureau central, il a retiré sa démission de membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique, comme représentant la Société médicale des hôpitaux. — La conduite de M. Moutard-Martin est complètement approuvée par la Société.

Nécrologie. — M. Millard informe la Société de la nouvelle perte douloureuse qu'elle vient de faire par la mort de M. Parrot, et prononce, en termes émus, l'éloge du savant professeur. Retraçant sa brillante carrière scientifique, il rappelle « les éclatants « concours de 1860 et 1862, dans lesquels il conquérait rapidement « les titres d'agrégé de la Faculté et de médecin des hôpitaux. » Il rappelle aussi « les réformes importantes qu'il apporta dans les « services de l'hôpital des Enfants-Assistés, les améliorations qu'il « introduisit dans le régime et l'hygiène des pauvres petits êtres « confiés à ses soins, les laboratoires qu'il créa dans cet établissement, les recherches minutieuses et persévérantes qu'il y entreprit avec de jeunes et distingués collaborateurs, ses études si « complètes sur l'athrepsie, qui constituent un véritable et impérissable monument scientifique, ses découvertes si précieuses et « absolument nouvelles sur la syphilis infantile héréditaire, enfin « la campagne qu'il entreprit et soutint partout avec une si chaleureuse conviction, afin de démontrer l'origine syphilitique du « rachitisme. »

Pleurésie purulente, empyème. — M. Dumontpallier présente, comme faisant pendant à l'observation communiquée dans la dernière séance par M. Debove, un malade actuellement guéri d'une pleurésie purulente, également traitée par l'empyème.

Il appelle surtout l'attention sur les accidents épileptiformes, qui sont survenus plusieurs fois au moment du lavage de la cavité pleurale. Ce fait, dit-il, n'est pas rare, car il a déjà eu l'occasion de l'observer chez trois autres malades dans les mêmes conditions. Chez l'un d'eux, — il se trouve encore en ce moment dans son service, — les vertiges apparaissent même dès qu'une petite quantité d'eau est introduite dans la plèvre, mais il suffit de retirer le tube à injection pour que les accidents cessent aussitôt.

— M. Moutard-Martin a fait un grand nombre de fois l'empyème, il a toujours introduit le liquide avec force en assez grande quantité dans la plèvre, sans jamais déterminer aucun accident. Il est vrai que le liquide ressortait par un ou deux autres tubes, à mesure qu'il pénétrait, de telle sorte qu'il ne donnait lieu à aucune tension dans la cavité pleurale.

M. Debove rappelle qu'il a posé comme principes les trois règles suivantes : opérer de bonne heure, recourir aux pansements antiseptiques et rendre les lavages aussi rares que possible.

Elections. — MM. les docteurs Letulle et Chauffard, récemment nommés médecins du Bureau central, sont élus membres de la Société médicale des hôpitaux.

— Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — M. Robert Moutard-Martin présente les pièces anatomo-pathologiques d'une jeune fille, morte le 22 juin dernier à l'hospice Lariboisière, et dont il a communiqué déjà l'observation à la Société, il y a près de deux ans, au mois de novembre 1881. Les premiers symptômes de la tuberculisation pulmonaire à laquelle elle a succombé se sont manifestés au commencement de l'année dernière. Ils ont été en s'accentuant de plus en plus, des excavations se sont produites aux deux sommets et la malade est morte sans que les signes et phénomènes de l'affection cardiaque, dont elle était atteinte, eussent été sensiblement modifiés.

L'autopsie faite le 24 juin a montré en outre de la lésion pulmonaire caractérisée par des cavernes aux deux sommets, un rétrécissement préartériel de l'artère pulmonaire, occupant l'infundibulum et non l'orifice même de l'artère. Elle a fait reconnaître aussi l'existence d'une communication interventriculaire qui n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie.

Spléno-pneumonie. — M. J. Grancher fait une communication sur ce sujet. Nous la publions *in extenso* (Voir page 385).

Siège des microbes dans la variole, la vaccine et l'érysipèle. — M. Cornil fait, en son nom propre et au nom de M. Babes, la communication suivante :

La communication que nous avons l'honneur de faire à la Société porte sur des faits en partie connus, mais elle a tout au moins cet intérêt de montrer des préparations très démonstratives en ce qui touche la forme et le siège des microbes de la variole, de la vaccine et de l'érysipèle.

Variole. — Tout à fait au début des altérations anatomiques du corps muqueux, alors que l'épiderme corné et que la partie superficielle du corps muqueux sont tout à fait sains, on constate, à la partie supérieure des prolongements épithéliaux qui séparent les papilles épaissies, de petits îlots arrondis formés par des cellules épithéliales tuméfiées. Ces cellules contiennent une grande quantité d'éléidine; plus tard on y trouve des cellules gonflées dont le noyau peu visible est entouré d'une vacuole.

Lorsqu'on examine une pustule bien formée, encore semi-transparente, et recouverte par l'épiderme, sur une coupe perpendiculaire à sa surface, on trouve d'abord une couche d'épiderme corné. La partie superficielle de ces cellules est peu colorée, tandis que la couche sous-jacente, épaisse, se colore très fortement par les couleurs d'aniline. Au milieu de cette couche et au-dessous d'elle, on trouve des amas ou des rangées de cellules vésiculeuses réduites à leur membrane à double contour, avec un noyau non coloré, granuleux. Elles rappellent la disposition des cellules végétales. Le corps muqueux de Malpighi est transformé en une grande quantité de petites cavités alvéolaires dont les parois plus ou moins épaisses sont formées par des cellules épithéliales altérées, dont les noyaux sont difficiles à voir ou ont disparu.

Ces cavités renferment des cellules rondes migratrices, dont les noyaux sont généralement petits et souvent arborescents. Ces cellules, plus ou moins nombreuses au milieu des cavités qu'elles ne remplissent pas, nagent dans un liquide qui présente quelquefois des filaments de fibrine; quelquefois ces cavités contiennent des cellules épithéliales libres, qui y sont devenues sphériques, colloïdes, et qui possèdent plusieurs noyaux. Dans les cavités, on trouve les micro-organismes de la variole. A la limite de ces cavités, on trouve quelquefois des cellules épithéliales dont les noyaux montrent des étoiles et des fuseaux indiquant leur multiplication indirecte. Sur les préparations doublement colorées, dans lesquelles le tissu est coloré en rouge, tandis que les micro-organismes sont colorés en bleu violet par le violet de méthyl, on voit très facilement la répartition des microbes. Ces derniers sont très petits, ronds, un peu inégaux cependant comme volume, isolés ou réunis. On les voit surtout aux bords ou à la surface des cloisons auxquelles ils adhèrent; ils sont surtout nombreux dans toute la périphérie de la pustule; ainsi on les trouve tout spécialement dans les cavités alvéolaires situées sous l'épithélium corné et aux bords de la pustule, à la périphérie latérale de la pustule, au voisinage de la portion normale du corps muqueux de Malpighi, dont les cellules sont souvent aplaties par compression et fortement colorées.

A côté des microbes colorés, on trouve, dans les mêmes alvéoles, une grande quantité de granulations fines, égales, mais qui ne se colorent pas par les couleurs d'aniline. Il existe là en outre des grains irréguliers avec des prolongements beaucoup plus gros que les microbes qui se colorent très fortement par l'aniline et même par la méthode compliquée de Ehrlich. Nous les considérons comme des débris de noyaux. Ces mêmes petits éléments se rencontrent dans les papilles à la limite du corps muqueux.

Les microbes sont aussi assez nombreux par places au voisinage des papilles, à la base du corps muqueux de Malpighi, et ils sont logés là dans des cavités ou fentes allongées. On voit que ces fentes se continuent parfois dans les papilles elles-mêmes; elles ont parfois une disposition radiée. Les papilles sont toujours très altérées au niveau de la pustule; leur tissu est plus ou moins régulièrement infiltré de petites cellules rondes; elles sont modifiées dans leur forme; elles envoient dans le corps muqueux des prolongements allongés, irréguliers; dans ces prolongements et dans leur tissu on observe parfois des traînées longitudinales de micro-organismes, qui siègent vraisemblablement dans les lymphatiques des papilles et qui pénètrent de là entre les cellules du corps muqueux et dans les cavités aréolaires dont il est creusé.

Autour de la zone aréolaire du corps muqueux, les cellules normales de l'épiderme qui limitent cette zone sont très riches en éléidine, comme l'a montré M. Ranvier.

En résumé, dans les préparations que nous venons de décrire, et qui peuvent être considérées comme typiques de la pustule de variole, les micro-organismes, sortant des vaisseaux des papilles, passent probablement de l'intérieur des papilles par l'intermédiaire des lymphatiques dans le corps muqueux, dans les cavités anormales qui remplacent cette couche de l'épiderme et se tassent ensuite dans toute la périphérie de la pustule sous l'épiderme corné et à la limite du corps muqueux normal, en attendant que l'épiderme se détache lorsque viendra la suppuration de la pustule. Beaucoup de ces faits ont été exposés par Weigert (Anatom. Beitrage z-Lehre v. d. Pocken, 1874.)

Les pustules de la vaccine, telles que nous les avons étudiées à la peau sur des pustules de vaches vaccinifères de M. Chambon, montrent les mêmes lésions, les mêmes organismes semblablement disposés dans des cavités aréolaires du corps muqueux.

Au larynx, l'éruption variolique, quand elle est intense, s'accompagne de la production à la surface de la muqueuse d'une pseudo-membrane fibrineuse. Klebs et Eppinger ont bien décrit les lésions habituelles des cellules et la quantité de micrococcus qui siègent dans leur intérieur aussi bien que dans les membranes fibrineuses. Nous n'y reviendrons pas en détail. Nous voulons seulement montrer les préparations et les dessins d'un fait de ce genre dans lequel, au niveau d'une portion du larynx, les couches stratifiées de l'épithélium étaient en place. Cependant il existait souvent entre elles quelques cellules migratrices, et le tissu conjonctif du chorion muqueux en présentait aussi dans sa couche superficielle. La surface de l'épithélia était recouverte par une fausse membrane fibrineuse formée de travées hyalines rapprochées les unes des autres; dans toute cette fausse membrane, qui contenait un très petit nombre de cellules rondes, les micro-organismes étaient très nombreux. La couche de cellules épithéliales intermédiaires entre la pseudo-membrane et les couches plus profondes de l'épithélium montrait des cellules semblables à une cupule, ouvertes ou non à leur bord libre, transformées en de petites vésicules et contenant des micro-organismes colorés en bleu par le violet B. La substance de la cellule qui forme la paroi de la cupule est hyaline, très colorée par la fuchsine en rouge violet; les cellules ainsi altérées sont au contact les unes des autres, et leur substance se fond par places de manière à former une couche uniforme. Il y a aussi des gouttes de cette substance qui siègent dans la fausse membrane.

Erysipèle. — L'étiologie de l'érysipèle a été faite complètement par M. Fehleisen (1), qui l'a, comme on sait, inoculé à l'homme avec succès.

Sur des coupes d'un petit fragment de la peau du cuir chevelu enlevé à l'état frais, mis de suite dans l'alcool absolu, et colorées au violet de méthyl, nous avons constaté le siège très précis des microbes.

(1) Die Aetiologie des Erysipels. — Berlin, Th. Fischer, 1883.

Comme il s'agissait dans ce fait d'une poussée d'érysipèle ayant envahi depuis deux jours seulement le cuir chevelu, les modifications de l'épiderme et du derme étaient peu prononcées. Il n'y avait pas de lésion de l'épiderme ni de formation de bulles, comme cela a lieu si souvent, et l'infiltration du derme par des cellules migratrices était très restreinte. Dans le derme, nous avons vu, sur les coupes transversales des troncs lymphatiques de la base des papilles, des cellules lymphatiques et des micrococcus en chaînettes très petits, consistant en des grains sphériques bout à bout. Ces micro-organismes étaient très colorés en bleu violet foncé par le violet B. Ainsi, sur une coupe d'un de ces troncs lymphatiques, on voyait quelques cellules endothéliales en place, à leur surface interne; dans la lumière incomplètement remplie, il y avait des cellules lymphatiques reliées par de la fibrine, et dans ce caillot plusieurs chaînettes de micrococcus composées chacune de quatre à vingt de ces microbes tous égaux en diamètre. Ces chaînettes, quelquefois rectilignes, étaient plus souvent ondulées. Plus profondément, dans le derme, entre les faisceaux du tissu conjonctif, il y avait des fentes tapissées par des cellules endothéliales et contenant une quantité, parfois considérable, par places, de petites chaînettes rectilignes ou sinueuses ou de micrococcus réunis deux par deux. Les chaînettes avaient en général une direction longitudinale relativement aux fentes lymphatiques. Dans le tissu cellulo-adipeux sous-dermique, nous avons rencontré aussi des microbes caractéristiques. Ainsi, dans certaines cellules adipeuses, ces microbes siégeaient tout autour du noyau et dans le protoplasma étalé à la surface de la gouttelette de graisse. Il y avait aussi, dans ce fait, un exsudat grenu, formé de granulations albumineuses égales entre elles dans le tissu conjonctif interposé aux groupes de cellules adipeuses. Dans cet exsudat granuleux, nous avons vu aussi des micro-organismes disposés de la façon que nous venons d'indiquer. Ces masses grenues siégeaient aussi dans les vaisseaux sanguins.

Dans ce fait, dans la gaine interne des follicules pileux et dans l'espace compris entre celle-ci et la racine du poil, il y avait une quantité considérable de micro-organismes qui se coloraient par le même procédé. Ces micro-organismes, composés de grains arrondis réunis deux par deux ou trois par trois, présentaient le même diamètre que ceux précédemment décrits, mais ils ne montraient pas des chaînettes aussi longues que dans les vaisseaux lymphatiques.

En résumé, l'inflammation érysipélateuse de la peau déterminée par le micro-organisme de l'érysipèle paraît être consécutive à l'invasion de ces microbes dans les voies lymphatiques.

FORMULAIRE

Pommade contre l'eczéma du cuir chevelu chez les enfants (Lassar.)

Rec. Acide salicylique.......	1	partie.
Teinture de benjoin...	2	—
Vaseline..............	50	—

M. s. a. Enduire le cuir chevelu avec une certaine quantité de cette pommade, deux à trois fois par jour, après avoir préalablement lavé la tête de l'enfant avec de l'eau de savon.

Pour ramollir les croûtes et faciliter le nettoyage du cuir chevelu, M. Lassar recommande d'employer de l'huile renfermant 2 pour 100 d'acide salicylique.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

A propos de la suralimentation. — Jamais autant qu'à notre époque la vie n'a été aussi surmenée. Jamais le *struggle for life* n'a été plus âpre que de nos jours. Chacun pressé de posséder de jouir, brûle à outrance et, les dépenses excessives n'étant plus couvertes par les recettes, on se trouve fatalement conduit à cet état si bien dénommé de « misère physiologique ».

Si d'un autre côté nous envisageons la part considérable que joue la déchéance de l'organisme sur le processus des maladies; si, dans la plupart des cas on a pu assimiler celles-ci à des parasites se développant, s'épanouissant sur un organisme débilité et capables au contraire de rétrocéder sur un organisme doué de résistance vitale, réfractaire, si nous pensons avec Chossat que : « l'inanition dans la maladie où l'alimentation n'est pas normale est une cause de mort qui marche de front et en silence avec elle », nous serons moins étonnés de l'accueil chaleureux fait ces derniers temps aux différentes méthodes de suralimentation : alimentation forcée ou artificielle, ou suralimentation simple.

Disons le de suite, nous ne sommes pas des enthousiastes de l'alimentation forcée. Déjà limitée par la difficulté de faire accepter et tolérer le cathétérisme, cette méthode nous paraît devoir se restreindre encore davantage par l'étiologie de la maladie. Nous nous demandons si en vérité ces doses massives d'aliments, si ce gavage, comme on l'a appelé, ne produira pas souvent des effets tout à fait opposés à ceux que l'on en attendait et si de la diète broussaisienne nous n'allons pas tomber dans l'exagération opposée.

Dans l'alimentation l'unique point en effet que nous devions avoir en vue ce n'est pas plus la digestion que l'ingestion mais uniquement l'assimilation, cette fonction qui s'accomplit non pas dans l'estomac mais dans la plus profonde intimité de nos tissus, et quand dans les maladies nous voyons l'état des forces digestives péricliter, notre but ne doit-il pas être tout en nourrissant sans fatiguer les organes, de chercher à réveiller leurs facultés languissantes d'assimilation? Or précisément, n'avons-nous pas dans les peptones un produit qui offrant sous un volume peu encombrant, facile à fractionner, un aliment d'une haute puissance nutritive et en quelque sorte directement assimilable, n'avons-nous pas là, dis-je, l'élément le mieux indiqué pour obtenir la restauration des actes nutritifs et provoquer ce résultat ultime de la digestion que nous visons.

Dans la peptone *phosphatée* (*vin de Bayard*), préparation à laquelle, pour ma part, je donne la préférence, j'ai toujours trouvé un reconstituant aussi énergique que fidèle et dont je ne saurais trop me louer. Partée dans l'économie, non seulement cette peptone fournit aux éléments organiques son élément constitutif propre, mais en même temps elle leur confère une activité fonctionnelle plus complète qui se traduit généralement par le réveil de la faim abolie. Son application très utile chez les convalescents, les phthisiques, les rachitiques, les lymphatiques devient toute indiquée toutes les fois qu'il y a urgence de nourrir sans fatigue pour les voies digestives, dans toutes les irritations du tube digestif, l'entérite, la dysenterie chronique, l'anorexie, les vomissements incoercibles, etc.

Et si, après que cette préparation aussi eupeptique que reconstituante a provoqué le retour de l'appétit, nous lui adjoignons une alimentation convenable et modérée, nous en retirons des bénéfices aussi appréciables pour le moins, que ceux que nous pourrait fournir un gavage, sur les avantages duquel nous sommes loin d'être édifiés.

(*Gazette des hôpitaux*). Dr de Servières
ancien interne des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds, par le docteur A. Corre. — Paris, Octave Doin, 1883.

Dans un aperçu général sur les fièvres, l'auteur semble admettre l'origine parasitaire pour les fièvres éruptives; il la

rejette pour les « fièvres typhiqnes, pestilentielles, paludéennes. »

Nous ne reproduirons point un à un tous les arguments de M. Corre, nons dépasserions les limites qui nous sont assignées pour nne simple analyse; nous n'en citerons qu'nn seul, pour donner nne idée de l'audace avec laquelle l'auteur défend sa cause : la contagion étant admise comme un des caractères principaux des maladies parasitaires, il s'attache à montrer qu'il n'y a pas contagion lorsqu'une personne malade développe par son arrivée dans nn milieu jusqu'ici indemne une épidémie semblable à celle qu'elle a puisée dans le milieu infecté; il y a, dit-il, simplement infection, il n'y a pas contagion, car l'agent infectieux ne se transmet point, selon une chaîne ininterrompue, du sujet qui en a subi la première atteinte à celui qui a été malade le dernier; il naît spontanément dn sol jusqu'ici indemne sous l'influence d'nne action catalytique exercée par une *parcelle* détachée du sol infecté et susceptible d'être transportée au loin. C'est là évidemment reculer la difficulté sans la résoudre, c'est faire une hypothèse que rien ne justifie et qui n'est susceptible d'aucune vérification.

Après ces considérations générales, M. Corre étudie en particulier la fièvre bilieuse banale ou gastrique bilieuse et la fièvre inflammatoire, la fièvre bilieuse paludéenne, la fièvre bilieuse hématurique ou mélanurique, les fièvres typho-malariennes, le typhus récurrent ou fièvre typhoïde bilieuse, le typhus amaril, la fièvre typhoïde. L'auteur, « peu confiant dans ses souvenirs qui datent d'une époque trop lointaine », préfère donner la parole à ses collègues; il fait ainsi de son ouvrage un livre utile à consulter, car il résume, avec les idées personnelles de l'auteur, les opinions émises jusqu'ici par les médecins de la marine et les médecins militaires sur les maladies des pays chands.

Dr DERIGNAC.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ETUDE SUR LA TAILLE HYPOGASTRIQUE, par M. le docteur BROUSSIN, ancien interne des hôpitaux de Paris. Mémoire de 127 pages.— Le Mans, 1883. A Drouin, éditeur.

Depuis longtemps l'opération de Franco était tombée dans l'oubli: la lithotritie d'une part, et les modifications apportées aux procédés de taille périnéale semblaient avoir ruiné définitivement la taille sus-pubienne, lorsque les tentatives récentes des chirurgiens français et étrangers viennent de la remettre en honneur.

Le mémoire de M. Broussin, qui est un élève de M. Guyon et qui a suivi de très près la pratique de son maître, présente donc un intérêt considérable.

Ce remarquable travail est divisé en deux parties qui répondent aux deux critiques adressées à la taille de Franco : 1° Difficultés du manuel opératoire et accidents consécutifs; 2o indications de l'opération.

Dans la première partie, l'auteur, en s'appuyant sur des données anatomiques précises, nous montre la facilité de l'opération qu'on fera toujours sans crainte de léser le péritoine, en employant la distension vésicale modérée, la dilatation rectale et l'incision de la vessie après refoulement (procédé Guyon), et sans danger ultérieur d'infiltration d'urine, non par l'emploi de la suture, mais par l'application très simple de deux gros tubes placés à côté l'un de l'autre dans la partie la plus profonde de la vessie, selon le conseil de M. Guyon.

Du reste, M. Broussin s'applique à nous montrer qu'il se produit plutôt du phlegmon que de l'infiltration, et les statistiques qu'il nous donne nons indiquent combien les accidents sont rares dans la pratique.

Il résulte de son chapitre sur les indications les particularités suivantes :

Jusqu'ici la taille de Franco a présenté une mortalité supérieure à celle des autres tailles, parce qu'on ne l'a pratiquée que dans les mauvais cas. Mais, en étudiant de près les statistiques, on s'aperçoit que la taille périnéale n'est supérieure à sa rivale que pour les calculs qui ne dépassent pas 60 grammes. Or, dans ces cas, on doit préférer la lithotritie donc la nouvelle méthode est appelée à remplacer la taille ordinaire, car au-dessus de 5 à 6 centigrammes la taille périnéale est dangereuse. On sait que la taille bilatérale est celle qui donne la voie la plus large : avec elle, on ne peut extraire que les calculs inférieurs à 4 centigrammes, et les moyens employés pour obvier à cet inconvénient (fragmentation des calculs, grandes incisions) ne sont pas sans danger.

Outre cette indication tirée du volume et de la dureté, M. Broussin invoque encore, en faveur de la nouvelle méthode, la présence de calculs enchâtonnés, l'hypertrophie de la prostate, le rétrécissement du détroit inférieur.

Cette remarquable étude est terminée par des considérations intéressantes sur les indications opératoires chez la femme et les enfants des deux sexes.

DE LA HERNIE OBTURATRICE, par DENIS PIMBET, docteur de la Faculté de Paris. — Paris, Parent, imprimeur, 1882.

Dans ce travail fait sous l'inspiration de M. le professeur Trélat, l'auteur résume toutes nos connaissances sur cette variété rare de hernie. C'est une œuvre utile, que l'on pourra consulter avec fruit.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

CHOLÉRA. — L'état sanitaire est à peu près stationnaire en Egypte, le choléra s'éteignant dans certaines localités, telles, par exemple, que la ville du Caire, où la mortalité cholérique a diminué considérablement, pour apparaître et se développer avec une intensité plus ou moins grande sur d'autres points. L'épidémie sévit surtout en ce moment dans les provinces de la Haute-Egypte. Ajoutons que, d'après certaines dépêches, la rapide diminution du choléra au Caire serait attribuée à la quantité prodigieuse de feux allumés dans les rues et entretenus jour et nuit. Ces feux, nourris de goudron et de soufre, afin de produire beaucoup de fumée et peu de flammes, étaient destinés à purifier l'atmosphère. Des feux semblables seraient également allumés dans les rues d'Alexandrie, où le nombre des décès cholériques, sans être bien considérable, dépasse cependant le chiffre de 40.

Les quelques décès qui ont eu lieu à Beyrouth inspirent toujours d'assez grandes inquiétudes; on craint que le fléau n'envahisse la Syrie et le Liban.

En résumé, la mortalité cholérique en Egypte depuis notre dernier bulletin, c'est-à-dire ponr la période qui va du 9 au 15 août inclusivement, nous donne les chiffres suivants :

Août 1883.

	9	10	11	12	13	14	15	total.
Le Caire..........	55	37	31	12	11	18	5	169
Alexandric.......	22	22	?	21	44	40	44	193
Egypte entière...	622	702	861	827	409	737	?	4178

Ces 4,178 décès, ajoutés aux 638 de la journée du 8 août, qui n'a pas été comprise dans notre bulletin de la semaine dernière, porte la mortalité cholérique pour toute l'Egypte, depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 14 août inclusivement, au chiffre de 21,828 décès.

— Une dépêche de l'*Agence Havas* nous apprend que la mission sanitaire française, placée sous la direction de M. le docteur Straus, médecin des hôpitaux de Paris, est arrivée à Alexandrie le 15 août et que, dès le lendemain, elle a commencé ses travaux.

***

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort à Dijon de M. le docteur Victor Brûlet, conseiller municipal et directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de cette ville, conseiller général de la Côte-d'Or pour le canton d'Is-sur-Tille.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Depaul est autorisé à se faire suppléer dans sa chaire de clinique d'accouchements par M. Charpentier, professeur agrégé.

***

HÔPITAUX DE PARIS. — Le service des hôpitaux pour les chaires de clinique est organisé de la manière suivante pendant les vacances de la Faculté de médecine de Paris :

A l'Hôtel-Dieu. — M. Peyrot remplacera M. le professeur Richet et M. le professeur Panas; M. Hallopeau remplacera M. le professeur Germain Sée.

A la Charité. — M. Berger remplacera M. le professeur Gosselin, et M. Landouzy remplacera M. le professeur Hardy.

A la Pitié. — M. Pozzi remplacera M. le professeur Verneuil.

A l'hôpital Necker. — M. Monod remplacera M. le professeur Trélat.

A l'hôpital des cliniques. — M. Charpentier remplacera M. le professeur Depaul.

A Saint-Louis. — M. Quinquaud remplacera M. le professeur Fournier.

A la Salpêtrière. — M. Joffroy remplacera M. le professeur Charcot.

***

VACCINATIONS, RÉCOMPENSES. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner un certain nombre de récompenses aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en France et aux colonies, pendant l'année 1881.

Le prix de 1,500 francs a été partagé entre M. le docteur Longet, médecin-major de première classe au 31e d'artillerie à Orléans, M. le docteur Mazaé-Azéma, à l'île de la Réunion, et M. le docteur Petit, médecin de colonisation à Zammorah (Algérie).

Quatre médailles d'or ont été accordées à : M. le docteur Costance, à Clermont-Ferrand ; Mme Bauduin, sage-femme à Vannes ; M. Chambon, vaccinateur à Paris, et M. le docteur Sourris, aide-major de première classe au 9e chasseurs, à Béziers.

Suivent un grand nombre de médailles d'argent.

***

MISSIONS MÉDICALES. — En même temps que les membres de la mission sanitaire chargée d'étudier le choléra en Egypte s'embarquaient jeudi, 9 août, sur le *Scamandre*, montait également à bord M. le docteur Mahé, médecin général de la marine, membre du conseil sanitaire de Constantinople, qui est spécialement chargé par le gouvernement français de rechercher les rapports qui, par filiation, peuvent exister entre le choléra actuel exerçant ses ravages en Egypte et le choléra asiatique venant de l'Inde, c'est-à-dire de savoir si le fléau a pris naissance en Egypte ou s'il y a été importé de l'Inde.

— D'autre part, l'administration impériale d'Allemagne a résolu d'envoyer en Egypte une mission scientifique chargée d'y étudier l'origine, la nature et la marche du choléra, ainsi que les mesures propres à en arrêter les progrès. La mission sera dirigée par M. Koch, conseiller privé du gouvernement et membre de l'office de santé de l'empire d'Allemagne. La mission doit partir cette semaine pour Alexandrie.

***

HÔPITAUX DE ROUEN. — Un concours pour la nomination à une place de médecin sera ouvert le 9 novembre 1883, à trois heures et demie du soir.

Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 25 octobre prochain, à la direction des hôpitaux de Rouen, enclave de l'hôpital général.

***

LYCÉE DE REIMS. — M. le docteur Gentilhomme est nommé médecin-adjoint, en remplacement de M. le docteur Luton.

***

TRAITEMENT A DOMICILE. — MM. les médecins du dix-neuvième arrondissement de Paris sont prévenus que, le dimanche 2 septembre 1883, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection de trois médecins chargés des services du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

242. M. Jacquemin. De l'élongation nerveuse dans l'ataxie et les affections médullaires. — 243. M. Barbarin. Hygiène de la nouvelle accouchée. — 244. M. Hue. Sur la péritonite aiguë compliquant les kystes de l'ovaire. — 245. M. Auvray. Essai sur la conjonctivite granuleuse. — L'épidémie des pupilles de la marine à Brest. — 246. M. Michaux. De la situation déclive du malade avec flexion du rachis et taxis dans la réduction des hernies. — 247. M. Marius-Bertrand. Des injections en général et des procédés d'injection qui peuvent être usités dans les affections des voies génito-urinaires — 248. M. Daubresse. Du goître exophthalmique chez l'homme (étude clinique). — 249. M. Sauvat. Recherches sur l'action physiologique de l'iodoforme: — 250. M. Schreider. Contribution à l'étude de la pathogénie des ulcères idiopathiques de la jambe. — 251. M. Chatelain. De la putréfaction fœtale intra-utérine. — 252. M. Richard. De l'asthénie syphilitique. — 253. M. Soulier. Contribution à l'étude expérimentale sur l'action physiologique du sulfate de quinine (action sur la circulation, pouvoir toxique, effets convulsivants). — 254. M. Lemonnier. De la glossite exfoliatrice méningée. — 255. M. Abeille. Etude sur le cancer primitif du rein. — 256. M. Louis Boucher. La Salpêtrière de 1656 à 1790. — 257. M. Duplaix. Contribution à l'étude de la sclérose. — 258. M. François. Quelques considérations sur les gommes de l'encéphale. — 259. M. Boudet. Des éruptions dans la fièvre typhoïde. — 260. M. Ruelle. Etude clinique sur la tuberculose pulmonaire chez les vieillards. — 261. M. Lefranc. Contribution à l'étude de la lumière et de la chaleur considérées comme causes des maladies des yeux, chez les verriers principalement. — 262. M. Deschamps. Contribution à l'étude des complications pulmonaires de l'érysipèle. — 263. M. Guillon. De la pleurésie purulente dans la pneumonie. — 264. M. Sauvaget. Nécessité d'organiser la médecine publique. — 265. M. Couraud. Contribution à l'étude des dépressions, des fistules cutanées congénitales et des kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne. — 266. M. Fibich. Des arthropathies et de leur traitement par l'arthrotomie antiseptique. — 267. M. Zabala y Hermoso. Etude sur le céphalotome. — 268. M. Connétable. Considérations générales sur les plaies des intestins. — 269. M. Catuffe. Contribution à l'étude de la périostite albumineuse ou exsudatrice. — 270. M. Petit. Essai de philosophie médicale. — 271. M. Delanef. Essai sur l'étiologie de l'épilepsie tardive. — 272. M. Verdugo. Contribution à l'étude de la goutte saturnine. — 273. M. Flasschoen. Contribution à l'étude de la constipation et de son traitement.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 3 aout au jeudi 9 aout 1883.

Fièvre typhoïde 37. — Variole 4. — Rougeole 30. — Scarlatine 5. — Coqueluche 13. — Dipthérie, croup 24. — Dysenterie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 49. — Phthisie pulmonaire 185. — Autres tuberculoses 12. — Autres affections générales 64. — Malformation et débilité des âges extrêmes 37. — Bronchite aiguë 22. — Pneumonie 39. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 89, — au sein et mixte 42. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 94. — de l'appareil circulatoire 56. — de l'appareil respiratoire 62. — de l'appareil digestif 43. — de l'appareil génito-urinaire 16. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 38. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 998 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Causeries sur le médecin a différentes époques (De la renaissance de la médecine dans le Blésois et recherches sur ses célébrités médicales), par le docteur E. Delthil, lauréat de la Faculté, officier d'académie, vice-président de la Société de médecine pratique de Paris, médecin inspecteur des écoles. Un vol. in-8 de 111 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, à la librairie Lauwereyns, rue Casimir-Delavigne.

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, par M. Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Tome premier. A. — Chloroforme. Un volume petit in-4 de 900 pages, imprimé à deux colonnes, avec 250 figures dans le texte. — Prix : 25 fr. — Le « Dictionnaire de thérapeutique » sera complet en 3 volumes : chaque volume est formé par 5 fascicules qui paraissent régulièrement de 4 mois en 4 mois. — Le cinquième fascicule, qui complète le tome Ier, vient de paraitre (petit in-4 de 190 pages). — Prix : 5 fr. — Paris, O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Le Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales du docteur P. Garnier est publié par la librairie Germer-Baillière. Les discussions scientifiques de l'année, les découvertes nouvelles, en résumé tous les événements médicaux, petits et grands, ayant un enseignement utile et pratique, sont mentionnés, condensés dans cet ouvrage. Le volume consacré à l'année 1882 est le dix-huitième de cette collection qui forme un recueil précieux autant pour l'homme de science que pour le médecin et leur permet de suivre d'année en année le progrès des questions qu'ils veulent étudier. Un fort volume in-12 de 600 pages. — Prix : 7 fr.

Rapport sur l'enseignement de l'ondotologie en Angleterre, adressé à M. le ministre de l'instruction publique par le docteur V. Galippe, chef de laboratoire à la Faculté de médecine. Brochure in-8 de 71 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

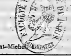
Appareil élytro-ptérigoïde. (Des clichés de l'appareil sont à la disposition de MM. les rédacteurs chez M. Mathieu, 113, boulevard Saint-Germain, à Paris.) — Hémostase. — Dilatation du col — Ocytocie, par le docteur Chassagny (de Lyon). Brochure in-8 de 60 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

54e année. 6e série. Tome V. N° 34 25 AOUT 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS



COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE** ;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN** ;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**
Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 5.

Rouen, 21 août 1883.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. CONGRÈS DE ROUEN.

La séance d'ouverture du congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences a eu lieu jeudi dernier à Rouen, dans la salle du théâtre des Arts.

M. Frédéric Passy, membre de l'Institut, a ouvert la session par un remarquable discours sur l'histoire de l'économie politique avant 1789. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ce document *in extenso* : l'éminent académicien s'est attaché à mettre en lumière ce fait, que l'économie politique est non seulement une gloire française, mais une gloire normande et rouennaise.

Il a montré ce qu'avaient fait avant Adam Smith, Nicolas Oresme, évêque de Lisieux et conseiller de Charles V, qui posa les premiers principes de cette science; puis Jean Bodin, Montchrestien de Watteville, Boisguilbert, Vauban, Quesnay et Turgot.

M. Frédéric Passy a surtout insisté sur l'œuvre de Boisguilbert, et en particulier sur son *détail de la France*, montrant l'influence considérable qu'il avait exercée sur Vauban et la gloire, qu'il avait partagée avec le ministre de Louis XIV, d'avoir établi les règles de l'impôt et d'avoir compris l'influence du commerce sur l'avenir d'un grand pays.

L'orateur a rappelé également l'aphorisme économique de Quesnay, médecin de Louis XIV : « Que le gouvernement ne se permette aucun des actes qu'il est chargé d'interdire. »

Après avoir tracé à grands traits l'œuvre de Turgot, M. Frédéric Passy a terminé en caractérisant l'action considérable des hommes de science sur l'amélioration du sort du plus grand nombre.

« En substituant l'action à l'agitation, l'observation à l'hypothèse et le raisonnement à la fantaisie, en appliquant avec une sagacité croissante les méthodes de la statistique et de l'analyse dont Vauban et Lavoisier leur ont donné de premiers et précieux modèles, ils ont dissipé des préjugés et rectifié des erreurs.....

« Ils ont ouvert contre les maladies du corps social, comme l'hygiène contre les maladies du corps humain et d'accord avec elle, une campagne raisonnée qui, pour atteindre les effets, va aux causes.....

« Ils ont, en un mot, compris pour une partie de la vie sociale ce « rôle nouveau » de la science qui, loin de la diminuer, l'agrandit et montre que la théorie est vaine si elle n'améliore la pratique et la pratique courte si elle ne porte plus en avant la théorie. »

M. Gariel a prononcé ensuite un très intéressant discours sur les diverses phases du congrès de l'an dernier. Il a rappelé au souvenir des membres présents de l'Association la mémoire de ceux qui lui ont été enlevés, parmi lesquels il a cité Cloquet, Sédillot, Voillez, Bertillon et Parrot.

Le rapport de M. Masson a terminé la séance.

PICQUÉ.

Paris, le 23 août 1883.

Académie de médecine. — A PROPOS DES PROPRIÉTÉS PROPHYLACTIQUES DU CUIVRE.

En réponse à la note lue par M. Burq à l'avant dernière

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ANCIENNE MÉDECINE.

I. A. GERMAIN. Deux lettres inédites de Henri IV, concernant l'École de médecine de Montpellier. — II. Le même : L'apothicairerie à Montpellier sous l'ancien régime universitaire, étude historique d'après les documents originaux. Montpellier, 1882, in-4. — III. COPPI (Ettore) : Le Università italiane nel medio evo. Florence, 1880, in-8. — IV. DELANNOY (Ad) : Notice historique des divers hospices de la ville de Tournai. Paris, Tournai, 1880, in-8. — V. BRAQUEHAY fils. Histoire des établissements hospitaliers de la ville et de la banlieue de Montreuil-sur-Mer. Amiens, 1882, in-8. — VI. E. TURNER, L'étymologie du mot syphilis. Paris, 1883, in-8.

Suite. — Voir le numéro 30.

III. M. L'avocat Hector Coppi a publié la deuxième édition de son étude fort complète sur les universités italiennes au moyen âge. Il expose successivement les origines des universités, l'influence du christianisme, la part qui peut être due à Charlemagne et à ses descendants, part qu'il réduit quelque peu, d'accord en cela avec la critique moderne. Il ne méconnaît pas non plus que les premières écoles sont surtout l'œuvre du temps Lorsque la renommée est venue les signaler à l'attention des contemporains et des historiens, leurs premières origines sont déjà lointaines, effacées, comme disait fort bien Daremberg dans une de ses belles leçons du Collège de France. M. Corti, sans diminuer les efforts du clergé est bien convaincu de la part de concours des laïques. Cela est vrai. Dès la fin du XVIIIe siècle, il y avait à Ravenne des leçons publiques sur Hippocrate et sur Galien.

Les capitulaires de 805 et 807 de Charlemagne, déclarent qu'il faut être initié à la médecine dès l'enfance. Alcuin nomme la médecine : *Scientia curatuxum ad salutem corporis.*

M. Corti a fort bien apprécié, s'appuyant sur le savant de Renzi, l'école de Salerne. Il aurait pu ajouter, ainsi que l'a fait remarquer, l'un des premiers, peut-être le seul, Daremberg, que Salerne n'a pas été seulement le premier centre italien, des études dirigées par des laïques, mais au point de vue médical, le premier établissement où visites et leçons aient eu lieu au lit des malades. Après Salerne, nous relisons avec intérêt de courtes notices sur

séance de l'Académie de médecine, sur les propriétés prophylactiques du cuivre. M. Bailly (de Chambly) médecin de l'usine de Bornel qui emploie quelques centaines d'ouvriers à la fabrication d'objets en métal alfenidé, alliage qui renferme jusqu'à 90 0/0 de cuivre, a jugé utile de faire connaître aux médecins les résultats de son observation personnelle. Ces résultats, comme en pourront juger nos lecteurs d'après le compte-rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine, sont en opposition avec la thèse soutenue avec tant de conviction et de persévérance par M. Burq. Ils établissent que l'imprégnation cuprique ne met nullement à l'abri de la fièvre typhoïde et d'autres maladies infectieuses.

Toute discussion doctrinale, toute appréciation personnelle serait ici hors de propos, mais il est désirable que d'autres médecins, placés dans les mêmes conditions d'observation que notre honorable confrère de Chambly, imitent son exemple et fournissent les éléments d'une enquête profitable à la science sinon à la prophylaxie des maladies réputées parasitaires.

E. R.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Tumeur du voile du palais. — Ligature de la carotide primitive (1).

Service du professeur A. Dubrueil, à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier.

Messieurs,

Samedi dernier (9 juin), pendant que je vous parlais de la malade qui a subi la ligature des carotides primitive et secondaires, cette malheureuse femme était prise d'une douleur très vive au niveau de la région frontale gauche, s'irradiant du côté droit. Au moment où je terminais la clinique, on m'annonçait qu'elle venait d'être frappée d'hémiplégie. Je me rendis immédiatement auprès d'elle, et je constatai qu'elle était en effet paralysée, et paralysée du côté gauche, c'est-à-dire du côté de la ligature. Les membres supérieur et inférieur étaient dans un état complet de résolution; les traits du visage et la langue étaient déviés à droite. La sensibilité et l'intelligence étaient conservées intactes. Le pouls, aussi fréquent qu'avant l'attaque, avait faibli.

Prescriptions. — Lavement avec 15 grammes follicules de séné et 15 grammes de sulfate de soude; sinapismes aux membres inférieurs, glace sur la tête.

10 juin. — Quelques mouvements convulsifs et un peu de contracture des membres paralysés.

On répète le lavement purgatif et, en raison de la faiblesse de la malade, on administre une potion tonique et du thé alcoolisé.

L'état de la maladie a depuis été en s'aggravant; elle a succombé dans le coma le 12, à onze heures du matin. Le thermomètre, quelques heures avant sa mort, a indiqué 40°,4.

Voici maintenant ce que nous a montré l'autopsie:

Les artères thyroïdienne supérieure, carotides interne et externe, ont été complètement sectionnées par la ligature; elles sont oblitérées par un caillot du côté de la périphérie, tandis que le bout cardiaque ne présente aucun coagulum.

La ligature supérieure de la carotide primitive a aussi divisé entièrement le vaisseau, dont le bout périphérique seul présente un caillot.

Quant à la ligature inférieure, placée sur la carotide primitive un moment où se produisait l'hémorrhagie, elle a aussi divisé complètement l'artère; on n'a pas trouvé de caillot à ce niveau, je suppose que le caillot a été détaché quand on a enlevé la pièce. Mais ce que j'ai constaté et ce que vous pouvez voir sur la pièce que je mets sous vos yeux, c'est que le nerf pneumo-gastrique a été lié en même temps que l'artère. Il est diminué de volume, étranglé au niveau de la ligature, mais il n'est pas divisé.

Une étude microscopique ultérieure nous apprendra quel est l'état des tubes nerveux au-dessous du lien constricteur.

Je vous ferai remarquer que ce nerf, au lieu d'être placé en dehors de la carotide primitive, entre ce vaisseau et la jugulaire interne, est au contraire appliqué sur le côté antérieur et interne de la carotide primitive. La péri-artérite, qui s'est développée consécutivement à la ligature et qui a fait adhérer au tube artériel le tissu cellulaire ambiant, a fixé le nerf sur le vaisseau dans la position que je vous indique.

Du côté droit, le pneumo-gastrique a sa position normale entre la carotide et la jugulaire.

(1) Voir la Gazette médicale du 11 août 1883.

---

l'histoire des universités et écoles de Bologne, de Vercelli, de Chieri, de Savigliano, de Milan, de Florence, etc. Celle de Chieri par exemple doit son existence à la peste qui affligea Turin en 1419.

La constitution des universités, les grades, la division en nations, les fonctionnaires, les privilèges, la jurisprudence spéciale qui régit maîtres et professeurs, l'enseignement, les dépenses de scolarité, les élections, les fêtes, les aventures amoureuses des écoliers, le costume, les querelles scolastiques, la décadence des écoles, M. Corti passe tout en revue appuyant son récit sur des textes empruntés aux meilleurs auteurs et aux archives nationales. Son ouvrage sans être un livre médical est un bon résumé à consulter, mais l'auteur nous permettra de lui faire un reproche: nous voudrions, qu'il ajoutât une table des matières, sous forme d'index à sa troisième édition.

IV. M. Ad. Delannoy est le contrôleur et l'archiviste des hospices de Tournai, et il s'est proposé, à l'aide des documents dont il a la garde, d'écrire une histoire de ces hospices, depuis leur création, jusqu'à leur décadence, et à l'établissement de l'administration hospitalière actuelle.

La première partie comprend tous les anciens hôpitaux et hospices, maisons de refuge, etc., jusqu'en 1797, époque à laquelle parut la loi du 6 septembre qui organisait les commissions administratives; la deuxième, les établissements créés depuis cette époque et les modifications apportées à ceux des anciens qui purent subsister.

L'on retrouvera dans ce volume des noms d'œuvres modestes, spéciales pour secourir ou abriter d'humbles artisans, des orphelins, des veuves, des parents pauvres, des donateurs. Quelques-unes de ces œuvres persistent encore, alors que le nom de leurs auteurs a disparu, et l'on se demande s'il ne serait pas juste et honnête, d'indiquer par une plaque sur quelques maisons assez modestes de nos villes: Ici a été fondée le 18 novembre 1605, par Pierre Cazier et son épouse Françoise Robert, une maison de retraite, pour y loger « six rescruns ou gens cassés de travail ». Il me semble que cette plaque votée par un conseil municipal quelconque, aurait autant de valeur aux yeux de bien des gens, que celle apposée dernièrement quelque part, à un endroit contesté, pour indiquer l'endroit où ne fut pas l'emplacement du premier Théâtre Français!

Le livre de M. Ad. Delannoy est une bonne action, et, de plus,

L'examen de la tumeur du voile dn palais qui avait motivé mon intervention m'a conduit daus une cavité à pen près arrondie, tapissée par une paroi lisse et remplie par nn caillot passif et sans adhérence. Cette poche était en communication avec l'artère carotide interne.

C'était donc un anévrysme de l'artère carotide interne gauche qui s'était produit au niveau du bord correspondant du voile du palais, avait détruit la paroi pharyngienne et s'était fait jour dans l'intérieur du voile.

En enlevant le cerveau, nous avons constaté que les veines de la pie-mère étaient fortement gorgées de sang à droite; à gauche, rien d'analogue. L'examen du cerveau nons a montré à la face inférieure de l'hémisphère droit nn foyer hémorrhagique recouvrant environ les deux tiers internes du lobe frontal.

Sur l'hémisphère gauche, il a été facile de détacher la pie-mère, mais à droite on a trouvé de nombreuses adhérences.

En pratiquant les coupes de Pitres, on n'a rien coostaté d'anormal à gauche, tandis qu'à droite les coupes pré-frontale et pédiculo-frontale ont conduit sur le foyer hémorrhagique de la base, qui intéressait en surface les circonvolntions olfactives et orbitaires et en profondeur s'étendait jusqu'au voisinage de la couche optique et du corps strié.

En outre, il existait un ramollissement général assez marqué des deux tiers antérieurs de l'hémisphère droit, qui reprenait sa consistance normale au niveau de la coupe pédiculo-pariétale.

On n'a pas trouvé de caillot dans les artères cérébrales. Rien dans les autres parties de l'encéphale.

Vous le voyez, messieurs, j'avais malheureusement raison d'émettre des doutes sur le rétablissement de la malade.

Cette observation renferme une série de faits étranges et insolites que la nécropsie est venue éclairer.

D'abord la tumeur du voile du palais était constituée par un anévrysme On trouve bien dans la science la relation de quelques cas d'anévrysmes de la carotide interne qui sont venus faire saillie du côté de l'amygdale et ont été pris et ouverts pour des abcès amygdaliens, mais je ne sache pas qu'on ait jamais signalé d'anévrysme de ce vaisseau s'étant développé dans le voile du palais. Pour le dire en passant, la partie de la tumeur qui s'était mortifiée était tout simplement formée par les tissus cellulaire et musculaire placés entre la muqueuse et la tumeur.

Le nerf pneumogastrique a été embrassé dans la ligature faite an moment de l'hémorrhagie; il se trouvait anomalement placé en avant et en dedans de l'artère.

Dans la manœuvre rapide à laquelle je me livrai pour découvrir et étreindre ce vaisseau, je me bornai à constater, en glissant la sonde de Cooper de dehors en dedans, que j'appliquais bien la sonde en dehors, immédiatement contre la paroi artérielle, sans embrasser de cordon nerveux. Mais il fallait en finir au plus vite, et je n'eus pas le loisir d'examiner l'artère par ses côtés antérieur et interne. C'est, en somme, à la ligature du nerf et non pas à unè névrite déterminée par la contusion qn'il fant rapporter les symptômes observés du côté de la respiration et de la circulation. J'ajouterai une circonstance qui m'a été tout récemment rappelée par une des personnes présentes à l'opération, c'est qu'au moment où j'ai serré la ligature, celle qui étreignait le nerf, la malade a été prise d'nn accès de toux.

J'ai causé avec notre chef des travaux anatomiques, M. Chalot, de l'anomalie de position du nerf pneumogastrique. I place lui-même les canules pour les injections cadavériques, et comme il les introduit dans la carotide primitive, il a très fréquemment l'occasion d'examiner ce vaisseau. Deux fois il a trouvé le nerf placé en avant de l'artère.

Enfin un fait tout à fait insolite, c'est l'hémiplégie frappant le côté de la ligature. Certes, l'hémiplégie n'est pas rare à la suite de la ligature de la carotide primitive, mais, en pareil cas produite par l'anémie de l'hémisphère correspondant elle frappe les membres du côté opposé. Ici, vous l'avez vu, c'est au contraire le côté de la ligature qui a été paralysé.

L'autopsie nous a montré que la lésion consistait à la fois en une hémorrhagie et un ramollissement siégeant à droite.

La genèse de cette double lésion est difficile à expliquer. Peut-être pourrait-on, pour l'hémorrhagie, invoquer l'afflux d'une quantité de sang plus considérable dans l'hémisphère droit, le gauche n'en recevant plus directement par la carotide interne. Quant au ramollissement, nous n'avons rien trouvé qui l'explique.

---

est il indispensable à consulter, par ceux qui voudront étudier l'histoire de l'Assistance publique en France. Nous aurons plus d'une fois l'occasion de le citer.

(A suivre).

Dr A. Dureau.

Faculté de médecine de Paris. — Les étudiants en médecine, candidats au prochain concours de l'externat des hôpitaux de Paris, sont prévenus que le certificat de vaccine qu'ils étaient tenus de produire jusqu'à ce jour parmi les pièces exigées par l'administration est désormais remplacé par un *certificat de revaccination*, dûment légalisé et portant une date récente.

***

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Brousse (C.-V.) est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale.

***

École de médecine de Poitiers. — M. le docteur Poisson, chargé du cours d'anatomie, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. le docteur Fallet, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Pion (Paul) est institué, pour une période de neuf années, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes et d'accouchements.

***

École de médecine d'Alger. — M. Ramakers est nommé prosecteur.

***

Médecins de l'État civil. — Par arrêté préfectoral en date du 19 août 1883, M. le docteur Pillenet (H.-M.) est nommé médecin de l'État civil du dixième arrondissement et chargé de la première circonscription, en remplacement de M. Brulfert, démissionnaire.

REVUE CRITIQUE

L'OXYDATION ORGANIQUE; SON SIÉGE, SA MESURE, SES VARIATIONS DANS QUELQUES ÉTATS MORBIDES.

Il serait du plus haut intérêt de remplir dans toute sa teneur le programme que limite le titre de cette revue; mais ce n'est encore qu'un programme qui vient d'être tracé de main de maître dans deux mémoires de MM. M. Nencki et N. Sieber (1); et si les auteurs ne résolvent pas entièrement le problème qu'ils ont posé, ils formulent au moins des indications précieuses, qui peuvent servir de base à des recherches ultérieures et peut-être à une nouvelle méthode d'investigation.

Il n'est pas besoin, je pense, de faire ressortir l'intérêt qu'il y aurait à connaître et à mesurer les oxydations physiologiques; en effet, dans cette voie pourtant si parcourue, l'obscurité est loin d'être dissipée. Evidemment, le dosage de l'urée, l'évaluation de son rapport avec l'azote total de l'urine, les rapports entre eux des différents principes de l'urine, rapports calculés suivant la méthode de Zuelzer, les relations de poids existant entre l'azote ingéré et l'azote éliminé, l'étude des gaz de la respiration, etc., tout cela fournit des documents d'une importance incontestée; l'on peut en prendre comme exemple les résultats si connus que publient depuis nombre d'années Pettenkoffer et Voit, résultats que ce dernier vient de résumer d'une manière si remarquable dans la *Physiologie* de Hermann.

Mais si l'on considère que l'origine et la formation de l'urée sont encore dans la phase des théories, que les travaux d'Hoppe-Zeyler sur l'oxygène actif viennent de jeter un jour nouveau sur le mécanisme des oxydations et des dédoublements organiques en renversant bien des idées traditionnelles, que nous ne connaissons pas encore de loi d'ensemble qui régisse les rapports de Zuelzer, on sera bien forcé de reconnaître que les recherches du passé, si elles fournissent d'utiles documents, ne sauraient d'aucune manière être érigées en méthode systématique.

Les premières recherches de Nencki et Sieber ont principalement en vue l'oxydation de la glycose.

Ces auteurs montrent qu'une solution alcaline de glycose se transforme en partie en acide lactique (2) à la température de 40°, même quand on opère en présence d'un gaz indifférent, tel que l'hydrogène.

La formation de l'acide lactique peut donc être indépendante de l'action de l'oxygène sur la glycose et paraît dériver d'une simple hydratation.

Si l'on met cette solution alcaline de glycose au contact de l'air, à la même température de 40°, on constate que la glycose absorbe environ 14, 50 0/0 d'oxygène, dont une faible partie est employée à l'oxydation totale d'une petite portion de glycose.

L'albumine, les peptones, les liquides séreux en solution alcaline absorbent aussi l'oxygène de l'air; la fibrine et la gélatine en absorbent peu ou pas; l'acide urique, dans les mêmes conditions, en absorbe environ 9 0/0 de son poids, ce qui justifie le traitement de l'uricémie par les carbonates alcalins, puisque ceux-ci transforment l'acide urique en urate neutre et que l'alcalinité du milieu favorise l'oxydation de ce dernier.

Donc la glycose et l'albumine en solution alcaline peuvent s'oxyder et s'hydrater sous l'influence de l'oxygène de l'air. Point n'est besoin pour cela de faire intervenir l'oxygène *atomistique;* on sait, en effet, que l'ozone transforme le benzol en phénol en se décomposant en oxygène actif (O) et en oxygène moléculaire : or Nencki et Sieber, appliquant cette réaction, se sont assurés que l'oxygène moléculaire n'intervenait nullement dans l'oxydation de la glycose en solution alcaline à 40°.

Les auteurs, ayant observé que la glycose était d'autant plus facilement oxydée que la teneur du liquide en alcali augmentait, voulurent vérifier ce fait sur un diabétique et lui administrèrent d'abord 20 grammes de citrate de soude, puis 28 grammes de bicarbonate de soude, sans obtenir le moindre résultat.

Et pourtant l'organisme n'a pas perdu sa *faculté d'oxydation*, puisque avec une dose de 20 grammes de lactate de soude, on ne retrouve que des traces insiguifiantes d'acide lactique dans l'urine et puisqu'un diabétique oxyde le benzol avec autant d'intensité qu'un individu sain.

Donc l'on arrive à ce résultat intéressant que l'organisme du diabétique a conservé toute sa puissance d'oxydation vis-à-vis du benzol, corps stable, de l'acide lactique, produit dérivé de la glycose par un procédé d'hydratation et capable de se former sans l'intervention de l'oxygène, tandis que ledit organisme est impuissant à oxyder la glycose, laquelle pourtant se brûle à l'air libre, pourvu qu'elle soit à la température de 40° et en solution alcaline.

La facilité avec laquelle la glycose se transforme en acide lactique au contact de l'air, la conservation du pouvoir oxydant du diabétique vis-à-vis de cet acide lactique, ne peuvent-elles pas conduire à considérer le vice de nutrition qui cause le diabète comme résidant dans l'incapacité de transformer la glycose en acide lactique ou acides du même type, lesquels sont capables de subir une oxydation totale même chez le diabétique. De là il n'y aurait qu'un pas à faire pour rentrer dans l'idée de Schultze et de Cantani, pour qui le diabète dépendrait de l'absence du ferment soluble qui, dans l'état normal, transforme la glycose en acide lactique; le diabète devrait donc être considéré comme une *maladie de fermentation* et non comme une *maladie d'oxydation.*

Il est évident que ces déductions font considérer sous un jour nouveau le groupe de ce que l'on appelait autrefois les « oxydations organiques », et que ce groupe doit être notablement restreint; les dédoublements, les hydratations et les fermentations jouant un rôle capital dans les transformations moléculaires.

La présence de l'acide lactique dans l'urine pourrait être considérée, d'après les travaux précédents, comme l'un des signes de l'abaissement du pouvoir oxydant de l'organisme. Or, chose singulière, Nencki et Sieber tentent de prouver que cette faculté d'oxydation est indépendante de la teneur du

(1) M. NENCKI et N. SIEBER. *Recherches sur l'oxydation physiologique* (JOURN. F. PRAKT. CHEMIE, XXVI, p 1). Analysé par MM. de Bechi et H. Gall dans le MONITEUR SCIENTIFIQUE de Quesneville 1883, p. 52.

— Id. — *Sur une nouvelle méthode de mesure des oxydations physiologiques et de l'influence des poisons et des maladies sur celles-ci.* (PFLUGER'S ARCHIV, t. XXXI, p. 319, juillet 1883.)

(2) 47 pour 100.

sang en hémoglobine (1). Lehmann, Brucke, Langendorf et Mommsen avaient trouvé de l'acide lactique dans l'urine des ostéomalaques et des leucémiques; or Nencki et Sieber, sur un leucémique chez lequel le rapport des globules blancs aux hématies était de 1 : 2,9, n'ont pas rencontré trace d'acide lactique; bien plus, 20 grammes de lactate de soude administrés en deux doses au même leucémique ont été si bien brûlés qu'il n'en est pas passé la moindre parcelle dans l'urine.

Les auteurs rapprochent de cette expérience le fait suivant: c'est que l'acide lactique n'existe d'une manière certaine que dans la trichinose et l'intoxication phosphorée, états morbides qui, d'après Quincke, ne diminuent en rien la proportion d'hémoglobine contenue dans le sang. Et comme ces deux affections entraînent une altération profonde des tissus, tous ces faits apportent une preuve nouvelle à cette affirmation depuis longtemps formulée que les oxydations ont lieu dans des protoplasmas. A ce propos, il ne sera pas inutile de rappeler les recherches de Lœw et de Reinke (2) sur les principes oxydables du protoplasme vivant, principes dont le rôle est de fixer et de céder alternativement l'oxygène en faisant subir à celui-ci les modifications qui le transforment en ozone, en oxygène actif et en oxygène moléculaire.

Toutes ces notions se confirment les unes les autres et nous permettent d'envisager d'une manière plus précise le mode d'activité des protoplasmas qui seraient les agents directs des *oxydations*, tandis que les autres actes de la *désintégration* organique auraient peut-être les plasmas pour théâtre.

J'indique cette vue avec une réserve toute hypothétique, mais il me semble impossible que des recherches faites dans ce sens ne conduisent pas à des notions plus compréhensives encore sur ce grand acte de la désassimilation. La transformation par hydratation, par fermentation, de la glycose en acide lactique, sous la seule influence de l'alcalinité du milieu et de la température de 40°, sans intervention d'oxygène *atomistique*, c'est-à-dire sans activité de protoplasma et sans acte d'oxydation, pourrait servir de premier fondement à cette hypothèse. Il sera même possible de retourner le problème, et peut-être pourra-t-on juger de l'intégrité des protoplasmas par la manière dont l'organisme se comporte au point de vue des oxydations. Nous verrons d'ailleurs tout à l'heure, quand il s'agira des synthèses organiques, que l'on peut encore reculer les limites du problème qui vient d'être posé.

Mais ceci conduit à rechercher à l'aide de quel moyen on pourrait *chiffrer les oxydations*, ou plutôt le pouvoir oxydant des tissus.

Or une première difficulté se présente: Nencki et Sieber avaient employé d'abord l'acide lactique et constaté que le leucémique a conservé vis-à-vis de cet acide sa complète faculté d'oxydation. Ils ont recherché alors si cette faculté était la même pour tous les corps oxydables, et sont arrivés à une conclusion négative, car le leucémique oxyde fort mal le benzol, tandis que le diabétique l'oxyde aussi bien que l'individu sain.

N'est-on pas en droit de faire intervenir ici l'énorme diminution des globules rouges, et ce fait ne donne-t-il pas un aperçu du rôle respectif que peuvent jouer les globules rouges et les protoplasmas des tissus dans les oxydations organiques, suivant les principes sur lesquels s'exerce cette activité oxydante?

Mais je me borne à formuler cette nouvelle hypothèse pour en revenir à la seconde partie des recherches de nos auteurs.

C'est au benzol qu'ils s'adressent pour mesurer l'oxydation physiologique. Dans l'organisme, le benzol s'oxyde et donne naissance à du phénol, à de la pyrocatéchine et de l'hydroquinone (1); or le phénol est facile à isoler de l'urine, et son dosage à l'état de tribromophénol (2) est d'une exécution relativement rapide; de plus, sa quantité égale à peu près celle des deux autres produits d'oxydation du benzol, produits qui sont difficiles à isoler et à doser. Donc, en cherchant le rapport qui existe entre le benzol ingéré et le phénol rendu, et en fixant ce rapport chez les individus sains, on aura une base d'opération pour juger de l'activité des oxydations dans les cas morbides.

Dans cet ordre de recherches, on ne peut pas conclure absolument des animaux à l'homme, ou du moins il faut savoir, par exemple, que le chien, avec une même quantité de benzol, produit moins de phénol que l'homme et le lapin. En général, une partie de benzol donne 1/4 ou 1/3 de phénol; un autre tiers se transforme en hydroquinone et en pyrocatéchine; le dernier tiers doit s'éliminer à l'état de benzol à travers les poumons. Enfin il est indispensable de se rappeler que la transformation du benzol en phénol exigeant l'intervention de l'oxygène *atomistique*, la quantité de phénol trouvée dans l'urine après ingestion de benzol donnera la mesure, non pas des oxydations organiques en général, mais seulement de celles qui nécessitent pour leur accomplissement l'intervention de l'oxygène *atomistique*. Remarquons toutefois qu'il est bien difficile de savoir si dans l'organisme les oxydations de toute nature ne s'accomplissent pas à l'aide de l'oxygène actif, ce qui ôterait une grande portée à la distinction un peu subtile qui vient d'être tentée.

Quoiqu'il en soit, Nencki et Sieber commencent par s'assurer que le même individu, herbivore ou carnivore, placé dans les mêmes conditions, excrète toujours la même proportion de phénol pour une quantité de benzol donnée; que cette proportion est peu influencée par l'inanition ou par une nourriture insuffisante; enfin, que le rapport entre le phénol et le benzol varie notablement suivant les individus. Donc, pour que les recherches pathologiques aient une valeur, il est indispensable que l'on ait fixé d'abord le rapport du phénol au benzol sur l'animal ou l'individu en expérience (3).

(1) W. NENCKI et SIEBER. *Sur la présence de l'acide lactique dans l'urine pendant certaines maladies et de l'oxydation des tissus dans la leucémie* (JOURN. F. PRAKT. CHEM., t. XXVI, p. 41). — Analysé par MM. de Bechi et H. Gall dans le MONITEUR SCIENTIFIQUE de Quesneville, 1883, p. 57.

(2) Voyez MONITEUR SCIENTIFIQUE de Quesneville. — REVUE de MM. de Bechi et H. Gall, sept. 1882.

(1) Nencki et Giacosa. ZEITSCH. FÜR PHYS. CHEMIE. Bd. IV, S. 336.

(2) Albert Robin. *De la production du phénol dans l'organisme, considérée au point de vue physiologique et clinique.* GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1879, p. 301.

(3) On peut se demander si le dosage de l'acide sulfurique conjugué dans l'urine ne serait pas un moyen de mesurer les oxydations organiques, puisque le phénol s'élimine à l'état de sulfophénite. Mais d'abord le phénol n'est pas le seul principe qui s'élimine ainsi; il faut citer à côté de lui l'indican et plusieurs autres. En outre, Schmiedeberg (ARCH. FÜR EXP. PATH. u. PHARM., XIV, page 302), a montré que les produits d'oxydation du benzol se conjuguaient aussi en partie à l'acide glycuronique.

Ces réserves faites, l'on peut aborder l'exposé des modifications survenues dans les oxydations organiques, à la suite des intoxications et dans le cours de quelques maladies.

Dans l'*intoxication phosphorée*, les oxydations organiques sont considérablement réduites et parfois même à peu près suspendues, malgré l'intégrité de l'hémoglobine.

Dans l'*intoxication arsénicale*, au contraire, des doses mortelles n'ont influencé en rien l'oxydation du benzol. Faut-il faire intervenir l'inflammation intense de l'estomac et de l'intestin ? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer.

Les sels de cuivre, l'éther, le chloroforme, le choral, diminuent dans d'assez fortes proportions les oxydations organiques.

Je rappelais plus haut que Lœw, Bokorny, Reinke ont découvert dans les protoplasmas des éléments chimiques très instables, de nature albuminoïde, qui doués d'un pouvoir réducteur énergique, sont probablement les agents de formation de l'oxygène atomistique ; il résulte de ce fait que les poisons qui diminuent les oxydations doivent agir en frappant de mort les éléments en question.

Et ceci permet de différencier nettement, dans les actes de la vie organique, l'*oxydation* et la *synthèse*, que Schmiedeberg tendait à réunir dans un processus univoque. En effet, si l'éther, le chloroforme, le phosphore, s'opposent à l'oxydation du benzol en détruisant ou en immobilisant les éléments réducteurs instables des protoplasmas, ces mêmes poisons ne s'opposent nullement à la synthèse du phénol et de l'acide sulfurique sous forme d'acide sulfoconjugué, ainsi qu'il résulte d'expériences habilement conduites par Nencki et Sieber. Les processus synthétiques sont donc absolument indépendants des processus d'oxydation ; et comme nous avons des raisons de croire que les éléments albuminoïdes instables et réducteurs des protoplasmas sont les agents des oxydations, il est probable que les synthèses s'effectuent soit dans d'autres éléments du protoplasma, soit peut-être dans des éléments morphologiques spéciaux et différents de ceux où s'accomplissent les oxydations, soit aussi dans les plasmas.

Dans l'*état pathologique*, les recherches ne portent encore que sur un fort petit nombre d'affections, de sorte qu'il est impossible de tirer une conclusion générale des faits isolés que publient Nencki et Sieber. Ce qui paraît en résulter, c'est que l'oxydation organique ne varie pas ou varie peu dans la pneumonie, la chlorose, l'anémie pernicieuse, et qu'elle subit, au contraire, un amoindrissement maigre dans la leucémie et dans la paralysie pseudo-hypertrophique, maladie dans laquelle les protoplasmas du muscle sont frappés par de si profondes altérations.

Ces faits sont corrélatifs, d'ailleurs, de ceux qui ont été déjà exposés plus haut.

L'ensemble de ces recherches constitue, comme je le disais en commençant, un réel progrès dans la connaissance des processus chimiques qui se passent dans l'intimité des organes. Ce n'est pas que les résultats actuellement acquis forment dès maintenant la base d'une doctrine nouvelle, car chaque pas soulève de bien grosses hypothèses, mais ils placent les expérimentateurs sur un terrain qui n'a point encore été exploré, et ils donnent les premiers linéaments d'une méthode qui nous permettra de pénétrer plus avant dans le mystère de la vie cellulaire.

Certes, cette méthode ne peut avoir la prétention de renverser les autres ; à mon sens, elle doit seulement compléter celles que le physiologiste et le médecin avaient déjà à leur disposition, comme la mesure de l'oxygène absorbé, de l'acide carbonique exhalé, des produits azotés ou non, éliminés par l'urine. A ce titre, elle mérite d'être connue et vulgarisée, afin que les chercheurs s'ingénient à parfaire ses procédés et à étendre la portée de ses applications.

ALBERT ROBIN.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences

DOUZIÈME SESSION

CONGRÈS DE ROUEN

Section des sciences médicales

Président.......	MM. DUPLOUY (de Rochefort).
Vice-présidents	SIREDEY (de Paris).
—	DUMÉNIL (de Rouen).
—	HENROT (de Reims).
—	THIERRY (de Rouen).
Secrétaires......	L.-H. PETIT.
—	PICQUÉ.
—	CERNÉ.
—	PETEL.

Section de médecine. — Présidence de M. DUPLOUY.

M. PINEAU lit une *Note sur une épidémie de fièvre typhoïde importée en 1882 au château d'Oléron* (Charente-Inférieure) *par un malade quittant Paris au septième jour d'une fièvre typhoïde.* Il n'existait à cette époque, dans la localité, aucun cas de dothiénentérie.

Dans les jours qui ont suivi l'arrivée du malade, il se déclara neuf cas dans le voisinage de la maison et à des distances variables de 10 à 200 mètres.

	Dates	Distances	Ages	Terminaison
1	30 nov.	100	35	guéri.
2	21 déc.	200	8	»
3	5 janv.	200	15	»
4	19 —	80	15	»
5	20 —	120	12	»
6	23 —	15	14	»
7	23 —	15	52	»
8	24 —	10	8	»
9	24 —	10	5	mort.

Le seul malade qui succomba et les trois malades qui ont été immédiatement atteints avant lui étaient logés deux à deux dans deux maisons voisines, et deux d'entre eux ont bu de l'eau provenant d'une des maisons contaminées.

L'auteur fait suivre cette communication de quelques réflexions sur le danger qu'il y a à laisser circuler les typhoïdiques et demande à ce sujet une réglementation sévère.

— M. PICQUÉ, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, lit l'*observation d'un hépatique qui a succombé rapidement à un exemple et à une arthrite purulente du cou-de-pied consécutive à une fracture de la malléole externe sans plaie extérieure.*

Cette observation est intéressante en ce qu'elle montre l'aggravation d'un érysipèle sous l'influence d'une propathie et la suppuration dans un foyer de fracture bien exposée par le mécanisme de l'auto-inoculation à distance invoquée par M. Verneuil.

M. VERNEUIL : Une récente discussion de la Société de chirurgie nous a prouvé qu'à l'heure actuelle il est encore un certain nombre d'esprits qui se refusent à admettre les faits de ce genre ; aussi ne saurait-on trop multiplier les exemples offrant des caractères aussi

tranchés que celui qui vient de nous être communiqué par M. Picqué.

Peut-être qu'à la fin finirons-nous par entraîner les convictions les plus rebelles et que quand on se trouvera en présence d'un cas analogue, quand on observera une plaie légère du sourcil, une fracture simple du péroné, lésions dont on guérit habituellement, et que cependant le malade meurt, et si à l'autopsie on trouve une lésion du foie, on verra là autre chose qu'une simple coïncidence.

M. Dumesnil, professeur de clinique, cite à l'appui des idées émises par M. Verneuil un cas qu'il a observé dans son service ; il s'agit d'une fracture simple de côte, ayant suppuré sous l'influence d'une septicémie chirurgicale concomitante.

— M. Landowski lit une note sur *les effets narcotiques et sédatifs de la Piscidia erythrina.*

Le géranium, originaire des Antilles, cette plante décrite par de Candolle (édition de Paris, 1825), a d'abord été utilisé par les indigènes de la Jamaïque, à cause de ses propriétés narcotiques, pour la pêche.

En 1845, le docteur Hamilton a essayé de l'introduire dans la thérapeutique et l'a expérimenté avec succès sur lui-même, pour une névralgie dentaire.

Depuis, MM. James Scott et Mac Grath l'ont employée avec succès chez des aliénés.

M. Landowski l'a expérimentée à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Richelot, et dans sa clientèle.

Il cite 46 observations cliniques qu'il considère comme ayant donné des résultats encourageants. Il engage ses confrères à l'expérimenter à leur tour et pense qu'il serait utile de posséder un narcotique qui, offrant les avantages de l'opium, pourrait lui être substitué dans les cas où l'administration de celui-ci présenterait quelques inconvénients.

— M. Tessier (de Lyon) fait une remarquable communication sur *l'étiologie de la fièvre typhoïde.*

Ses études ont pour but de vérifier la célèbre théorie de Pettenkoffer, rappelée au récent congrès de Genève par Soïka, d'après laquelle la fièvre typhoïde serait en rapport avec l'abaissement du niveau de l'eau des nappes souterraines.

Or il résulte des recherches de l'auteur que ces deux facteurs sont en rapport précisément inverse, et que, de plus, les oscillations de la maladie semblent sous l'influence de l'altération des eaux potables.

Des études entreprises de concert avec un ingénieur ont permis d'établir en premier lieu que l'élévation des eaux du Rhône entraîne l'élévation de la nappe d'eau souterraine, d'où une oscillation de même sens, qui permet de fixer, d'après la constatation du niveau du fleuve, le premier terme du rapport.

Le deuxième terme a été fourni par les statistiques de l'hôpital de Lyon. La conclusion est celle-ci : la mortalité typhoïdique est proportionnelle à l'élévation de la nappe souterraine.

D'autre part, l'étude de 300 à 400 cas de fièvre typhoïde a permis à l'auteur d'établir que les malades avaient bu de l'eau de puits, et que ceux là seuls qui avaient fait usage de l'eau du Rhône avaient été épargnés.

Dans une cité habitée par 300 locataires, un seul avait été atteint qui avait bu de l'eau de puits.

M. Tessier, s'appuyant alors sur l'opinion de Rollet (congrès de Genève, 1882) touchant la puissance épuratrice du sol, pense que, lors des crues du Rhône, l'eau filtre trop rapidement, d'où sa filtration incomplète, et conservation de sa virulence, d'autant plus grande du reste que le puits se trouve plus rapproché de fosses fixes et non étanches.

Au point de vue doctrinal, la communication de M. Tessier est importante, puisqu'elle combat l'exclusivisme de Pettenkoffer; au point de vue pratique, elle montre également l'utilité qu'il y a à indiquer le danger des eaux de puits dans l'alimentation.

— M. Voisin lit un travail sur *la méthode hypodermique et les injections médicamenteuses sous-cutanées chez les nerveux et les aliénés.*

Les attaques contre les injections sous-cutanées ont été, a dit M. Voisin, si vives dans ces derniers temps, qu'en présence des nombreux avantages qu'il a retirés de cette méthode à la Salpêtrière et dans sa pratique civile, il croit devoir à nouveau attirer l'attention des médecins sur cette question.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1o La méthode hypodermique ou des injections médicamenteuses sous-cutanées offre une précision, une certitude et une rapidité d'action qui présentent de grands avantages dans le traitement des nerveux et des aliénés ;

2o Le médecin puise dans son emploi une confiance due à la réalité des effets thérapeutiques et à l'assurance de ne pas être trompé par les malades et par leur entourage.

3o Cette méthode permet de traiter des nerveux et des aliénés à domicile, dans leur famille, et de faire souvent disparaître instantanément des phénomènes d'ordre névralgique qui ont la plus grande influence sur la vie quotidienne des nerveux et des aliénés.

4o La sûreté et la rapidité de la médication donnent au médecin d'un service d'aliénés la certitude que ses malades sont traités et qu'ils sont calmes ; cette méthode imprime à son service la physionomie d'un service hospitalier ordinaire.

5o Les accidents que l'on attribue aux injections médicamenteuses sous-cutanées et aux injections de morphine en particulier, sont attribuables à des abus que l'on peut empêcher.

6o Le premier abus contre lequel on doit s'élever est la vente des alcaloïdes toxiques sans ordonnance ou d'après des ordonnances qui ont déjà servi.

Il est nécessaire que l'administration fasse exécuter les règlements relatifs à la vente des toxiques par les pharmaciens et que ceux-ci soient mis dans l'obligation de timbrer chaque ordonnance de médecin qui leur est présentée; toute ordonnance timbrée ne pourra plus servir, à moins que le médecin n'ait indiqué que la prescription devra être répétée un nombre de fois déterminé.

7o Il est à souhaiter que les injections sous-cutanées ne soient faites que par des médecins ou par des élèves placés sous leur direction et que les médecins n'abandonnent jamais l'usage de ce remède à la discrétion des malades.

M. Landowsky appuie les conclusions du travail de M. Voisin et insiste sur l'extension du morphinisme.

M. Dumesnil émet le vœu qu'on interdise aux bandagistes la vente des seringues de Pravaz, et aux pharmaciens la vente sans ordonnance des solutions de morphine.

M. Bernheim pense que, quand il y a douleur intense et persistante, il ne peut y avoir de morphinisme.

— M. le docteur Huchard (de Paris), médecin de l'hôpital Tenon, lit un travail sur *les hémoptysies et congestions pulmonaires arthritiques.*

Jusqu'à présent, on tendait à considérer l'hémoptysie comme liée intimement à la tuberculose. Aujourd'hui, l'observation de malades suivis longtemps après une hémoptysie montre qu'on ne saurait, dans tous les cas, incriminer la tuberculose.

Pourquoi l'arthritis, cette diathèse qui, dès l'enfance, se manifeste par des épistaxis, des angines, des bronchites, plus tard, chez la femme, par des congestions utérines et des métrorrhagies, ne produirait-elle pas des hémoptysies?

M. Huchard cite trois observations de sujets arthritiques suivis pendant trente, vingt-cinq et vingt ans, qui ont eu des hémoptysies sans tuberculose.

Il cite encore quatre ou cinq faits du même ordre, mais dont il ne veut pas se servir, parce qu'ils n'ont pas reçu l'épreuve du temps. Du reste, ces hémoptysies se sont fait remarquer chez ces malades par leur apparition brusque la nuit, leur disparition ra-

pide, leur abondance, la conservation de la santé générale, la production de congestions mobiles et fugaces.

Les sujets étaient arthritiques.

M. Huchard relève d'une façon brillante les objections qu'on peut lui adresser; il conclut que l'opinion de Pidoux, qui veut qu'une hémoptysie siége où existe une prédisposition tuberculeuse, n'est nullement prouvée.

L'auteur aborde la question de l'antagonisme de la tuberculose et de l'arthritisme, doctrine mise en avant par ses adversaires.

Sans nier la réunion possible des deux diathèses, M. Huchard croit au développement des hémoptysies comme manifestation arthritique chez des sujets non tuberculeux et met sur le compte de la même diathèse l'hémophylie et l'hémoptysie gravide.

M. Huchard passe ensuite à l'étude des congestions pulmonaires d'origine arthritique, se limitant à celles qui surviennent en dehors de toute manifestation articulaire chez les arthritiques et surtout les arthritiques viscéraux. Souvent elles affectent une forme mobile aiguë; elles se traduisent ordinairement par des hémoptysies.

Mais, dans certains cas, elles ne vont pas jusqu'à l'hémoptysie et se bornent à un accès d'oppression violent, avec râles souscrépitants, etc.

Dans une deuxième forme, appelée par l'auteur *fixe, chronique*, et bien étudiée par Collin de Saint-Honoré, M. Huchard a trouvé, contrairement à cet auteur, qu'elle pouvait siéger en différentes régions du poumon, à la base et au sommet. Elle peut persister pendant plusieurs années, comme l'auteur en cite un exemple remarquable.

Contre l'objection de tuberculose à évolution lente, M. Huchard cite les constatations microscopiques qui démontrent l'existence de congestions pulmonaires limitées au sommet, sans trace de tubercules guéris ou en voie d'évolution dans le parenchyme pulmonaire.

Ce mémoire remarquable grossit le chapitre des pseudo-tuberculoses et modifie dans une certaine mesure le pronostic des hémoptysies en général.

En fait de traitement, l'auteur recommande l'emploi du sulfate de quinine, du salicylate de soude à petites doses, de l'arsenic et de l'iodure de potassium (de 0,15 à 0,20 par jour), des dérivatifs intestinaux

M. Verneuil estime que la réunion de deux diathèses est bien souvent la faute des parents, chacun d'eux possédant l'une des diathèses. M. Verneuil cite le cas d'un malade en traitement dans son service, porteur d'un cancer du testicule et atteint d'une tuberculose avancée. La mère de ce malade est rhumatisante, et le père a succombé à la tuberculose pulmonaire.

M. Verneuil cite également le cas d'une jeune fille atteinte de cavernes pulmonaires et chez laquelle on retrouve les lésions de l'arthritis (oignon arthritique, pied valgus douloureux); son père était rhumatisant et sa mère tuberculeuse.

L'hybridité s'explique de la façon la plus simple : chacune des diathèses est léguée par l'un des générateurs.

M. Huchard demande à M. Verneuil s'il a remarqué qu'à la suite du trauma les congestions pulmonaires sont plus fréquentes chez les arthritiques que chez les autres malades.

M. Verneuil : Avec Voillez, nous avons constaté depuis longtemps qu'à la suite des fractures de côtes, la congestion pulmonaire était plus fréquente chez les arthritiques.

Récemment, à la Société de chirurgie, j'ai cité des faits qui montrent que le trauma produit souvent des congestions pulmonaires chez les emphysémateux.

Enfin ces accidents s'observent fréquemment chez les femmes amputées du sein, qui sont sous le coup de l'arthritisme.

— M. Burot (de Rochefort) lit un travail *sur les rapports de la fièvre intermittente, de la tuberculose et de la fièvre typhoïde.*

A l'exemple de Forget, Gintrac, Michel Lévy et Lefèvre (de Rochefort), l'auteur combat la loi d'antagonisme établie par Boudin entre la fièvre intermittente, la phthisie pulmonaire et la fièvre typhoïde.

Lefèvre, le premier, avait soutenu qu'il y a plutôt parallélisme entre la fièvre intermittente et la tuberculose.

Pour la fièvre typhoïde, il avait aussi constaté que, bien qu'ayant sévi à Rochefort à diverses époques, néanmoins elle n'entraît dans la mortalité que pour une faible part.

Ayant repris les recherches de l'auteur, M. Burot est arrivé aux conclusions suivantes :

La fièvre intermittente a beaucoup diminué. Le chiffre moyen annuel de 1,420, obtenu d'après les observations d'une période de quatorze ans, n'est plus en 1882 que de 393; à ce même moment, on faisait des bouleversements de terrain.

Le médecin qui a soigné tous les ouvriers n'a signalé, pour l'année entière, que 50 cas de fièvre intermittente.

Dans la même période de quatorze ans, la statistique fournit 531 cas d'embarras gastrique : l'année 1882 ne donne que 161 cas.

La phthisie n'est pas rare à Rochefort, et la tuberculose généralisée s'observe assez fréquemment. On voit des malades succomber avec des cavernes pulmonaires, en même temps que leur rate atteint le poids de 200 grammes; on voit également des malades venant du Gabon mourir avec des cavernes, la rate atteignant le poids de 1,100 grammes.

Bien que la fièvre typhoïde ait cessé d'exister à Rochefort à l'état épidémique, grâce aux progrès de l'hygiène publique, on en observe néanmoins encore bien des cas. La pneumo-typhoïde est une forme commune à Rochefort.

M. Maurel déclare qu'à la Guyane, pays très palustre, la phthisie est d'observation très fréquente et y exerce de grands ravages.

La fièvre typhoïde y est assez rare et y revêt un caractère très bénin; on a pu même en contester l'existence. C'est là une erreur, car l'auteur en a observé un cas incontestable, avec autopsie.

(A suivre.)

Picqué.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 juillet 1883. — Présidence de M. Blanchard.

Dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, ce gaz peut-il passer de la mère au fœtus? — Note de MM. Gréhant et Quinquaud, présentée par M. Bouley.

Dans un travail sur la *vitalité des fœtus*, M. Andreas Hogyes (de Klausenbourg) ayant intoxiqué rapidement (en une minute et demie) des lapines par l'oxyde de carbone, a cherché ce gaz dans le sang fœtal, à l'aide du spectroscope, et ne l'a point trouvé: l'auteur conclut qu'il n'y a point passage du poison de la mère au fœtus.

Nos recherches nous ont conduits à un résultat inverse; il est vrai que nous nous sommes placés dans des conditions différentes. Pour favoriser le passage de l'oxyde de carbone, nous avons produit chez la mère un empoisonnement plus lent, dont la durée a été de trente-cinq minutes; nous avons mesuré, par la méthode d'absorption, les capacités respiratoires du sang maternel et du sang fœtal, et obtenu le déplacement de l'oxyde de carbone du sang fœtal par l'ébullition dans le vide avec l'acide acétique.

Nos expériences démontrent que l'oxyde de carbone passe, mais en petite quantité, du sang maternel au sang fœtal, et, si nous comparons le degré d'intoxication des deux sangs, nous voyons que le sang de la mère renferme, au moment de la mort, dans la première expérience 5,7 et dans la deuxième 5,8 fois plus d'oxyde de carbone que celui du fœtus.

Il résulte encore de ce travail que l'opération césarienne, chez

une femme enceinte qui aurait succombé à l'empoisonnement aigu par la vapeur du charbon, pourrait réussir, le sang de l'enfant étant encore riche en hémoglobine capable d'absorber l'oxygène de l'air.

SUR LES NERFS VASO-DILATATEURS DU MEMBRE INFÉRIEUR. Note de MM. DASTRE ET MORAT, présentée par M. PAUL BERT.

Les physiologistes savent que l'innervation des vaisseaux du membre inférieur a donné lieu à un très grand nombre de recherches, la plupart de date récente. Ludwig et ses élèves à Leipzig, Goltz à Strasbourg, Stricker à Vienne, Luchsinger et Kendall à Berne, Masius et van Lair en Belgique; Dogiel, Putzeys et Tarchanoff, Oustroumoff, Lewaschew, parmi les physiologistes russes; Heidenhain, Schoenlein, Grützner, Bernstein et Marchand en Allemagne; Gaskell et d'autres encore, à l'étranger, se sont attaqués à ce problème. En France, il faut signaler les travaux de Lépine, d'Onimus, de Cossy, et surtout les recherches bien connues de M. Vulpian.

Les résultats de tous ces efforts ont été contradictoires. Tandis que quelques auteurs concluaient à l'existence exclusive de nerfs constricteurs pour le membre inférieur, d'autres ne trouvaient dans le sciatique que des filets vaso-dilatateurs; d'autres enfin y reconnaissaient les deux catégories d'éléments nerveux. Nous nous sommes proposé, déjà anciennement, d'expliquer ces contradictions et de jeter quelque lumière sur cette question obscure. Nous avons appliqué ici la méthode qui nous a réussi ailleurs et qui consiste à suivre pas à pas les nerfs de la région jusqu'à leur origine médullaire.

Nous avons procédé successivement à l'examen : 1o du tronc sciatique; 2o de la chaîne lombaire sympathique; 3o de la chaîne thoracique dans sa portion inférieure. Enfin il restait à explorer les rameaux communiquants et à les suivre dans les racines antérieures où nous avons démontré que se localisaient les nerfs vasculaires.

L'exploration physiologique de ces tronçons nerveux a été faite par deux procédés : 1o la méthode coloriscopique, consistant à juger de l'état des vaisseaux par les changements de coloration d'une région glabre et non pigmentée (pulpes digitales des chiens jeunes à pelage clair); 2o la méthode manométrique consistant à enregistrer la pression dans l'artère correspondant au nerf excité et dans l'artère d'une région symétrique.

Ces recherches ont fait voir que l'excitation du segment supérieur (sympathique thoraco-abdominal) provoque une vaso-dilatation constante; le segment moyen (sympathique lombaire) provoque une vaso-dilatation moins constante; le segment inférieur (tronc sciatique) donne une vaso-dilatation plus rare encore. La signification de ces résultats n'est pas sans valeur pour l'interprétation des fonctions des ganglions sympathiques. Plus on se rapproche de la moelle, plus les vaso-dilatateurs deviennent évidents, plus ils tendent à prédominer sur leurs antagonistes. Leur action s'efface ou s'amoindrit à mesure que l'on descend vers les vaisseaux. Ils doivent se perdre dans les ganglions interposés, et ceux-ci auraient, en conséquence, pour fonction de mettre en rapport les vaso-dilatateurs avec les constricteurs pour permettre l'effet inhibitoire ou interférentiel de ces filets les uns sur les autres.

Ce résultat, conforme à ce que nous avons vu dans une autre série d'études, peut d'ailleurs être mis en évidence par une épreuve directe. Cette expérience et celles que l'on peut faire pour mettre en jeu, par action réflexe, l'activité normale des filets que nous venons de décrire, sont consignées dans un mémoire spécial (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 août 1883. — Présidence de M. BOULEY.

M. le docteur BAILLY, de Chambly (Oise), lit un travail intitulé : *Le Cuivre et ses prétendues propriétés prophylactiques.*

L'auteur s'attache à montrer que le cuivre et ses préparations ne possèdent pas les propriétés prophylactiques que M. le docteur Burq leur attribue dans les diverses communications qu'il a faites à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, et dont ont retenti les organes de la presse, principalement de la presse politique.

M. Bailly exerce la médecine depuis seize ans dans le village de Bornel, à la limite des départements de l'Oise et de Seine-et-Oise; il est, en particulier, le médecin de l'usine de Bornel, qui emploie près de 500 ouvriers à fabriquer des couverts et autres objets d'orfèvrerie en métal alfénide, composé de cuivre, de nickel et de zinc, où le cuivre entre dans une proportion considérable, jusqu'à 70, 80 et même 90 pour 100.

Or, dans les épidémies de fièvre typhoïde qui se manifestent de temps en temps dans la vallée où se trouvent situés les divers villages où exerce M. le docteur Bailly, des ouvriers employés à la fabrique de cuivre ont été frappés par la maladie et ont payé le tribut le plus considérable à l'épidémie. D'où il conclut que le cuivre ne donne nullement aux cuivreux l'immunité de la fièvre typhoïde.

Les cuivreux n'ont pas été davantage exempts de la diarrhée cholériforme. Ils n'ont pas été préservés de la rougeole, de la diphthérie, des oreillons, de la coqueluche, du charbon.

Tels sont les résultats des observations de M. le docteur Bailly, à la suite d'une pratique de seize années.

Le travail de M. Bailly a été renvoyé à l'examen de la commission chargée d'étudier le travail de M. Burq.

— La séance est levée à trois heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 août 1883. — Présidence de M. TILLAUX.

M. BERGER, à propos du procès-verbal, tient à rectifier les idées que M. Després a attribuées à M. Gosselin.

M. GOSSELIN dit : Quand on est appelé auprès d'un malade atteint de hernie étranglée, on ne doit le quitter que quand la hernie est rentrée. On commence par faire le taxis, et s'il échoue sous le chloroforme, on opère. Le purgatif d'exploration est réservé pour les hernies à diagnostic difficile et de gros volume. Quand il s'agit d'une petite hernie, il faut opérer le plus vite possible.

M. DESPRÉS : Je n'ai jamais dit que les préceptes formulés par M. Gosselin fussent de moi; ce que j'ai dit le premier, c'est que le taxis aggrave le pronostic des hernies qu'il ne réduit pas. En outre, c'est dans le service de M. Gosselin que M. Delaunay a fait une thèse pour démontrer l'utilité du taxis prolongé.

— TRAUMATISME ET PALUDISME. — M. RICHELOT lit un rapport sur un travail de M. Vieuze (d'Oran), intitulé : *Contribution à l'étude de l'influence du traumatisme sur le paludisme.* L'auteur cite cinq observations où est noté le réveil du paludisme par un traumatisme. Quatre de ces observations sont concluantes, mais la cinquième l'est moins; en effet, le malade est mort vingt-quatre heures après la blessure, à la suite d'un violent frisson.

M. VERNEUIL : Les causes de ce réveil du paludisme ne sont pas encore connues, et pour y arriver il faudra un grand nombre d'observations. La cinquième observation de M. Vieuze n'est peut-être pas très concluante, cependant il n'y a pas de maladie qui tue aussi rapidement qu'un accès pernicieux de fièvre paludéenne.

— COUP DE PIED DE CHEVAL; RUPTURE DE L'INTESTIN GRÊLE, SANS CONTUSION DE LA PAROI ABDOMINALE; LAPAROTOMIE; SUTURE DE L'INTESTIN; PÉRITONITE; MORT. Rapport de M. Berger sur l'observation de M. Bouilly.

Le sujet est un homme jeune, qui reçoit un double coup de pied de cheval à l'épigastre; collapsus immédiat, puis douleurs vives et le soir signes de péritonite commençante. Le lendemain refroidissement, vomissements verdâtres, affaiblissement, ventre ré-

(1) Travail communiqué à l'Académie des sciences.

tracté. Diagnostic : péritonite par perforation. Immédiatement, M. Bouilly fait la laparotomie, et il trouve sur un point de l'intestin grêle une petite escharre, et cinq centimètres plus loin une perforation de la grandeur d'une pièce de dix sous. Résection de huit centimètres d'intestin, suture de Lembert ; l'anse intestinale est placée devant la plaie abdominale, après avoir mis les deux bouts dans le prolongement l'un de l'autre.

Rémission sensible dans la péritonite.

Le quatrième jour, la suture se défait, et il s'établit un petit anus contre-nature ; le malade va très bien. Le dixième jour, M. Bouilly fait une légère exploration avec le doigt ; le soir même frisson violent, et le malade meurt dans les vingt-quatre heures.

Autopsie. — Péritonite purulente par perforation ; les sutures de l'intestin avaient lâché sur tous les points, mais les deux bouts étaient réunis par des fausses membranes récentes, que l'exploration avait rompues.

Pour pratiquer une opération aussi grave, il faut être convaincu de deux choses : 1° qu'il y a rupture de l'intestin ; 2° que si l'on n'intervient pas, la mort sera la terminaison fatale. En général, dans la majorité des cas la mort est la règle, mais dans quelques cas rares il y a eu guérison spontanée. Néanmoins on est autorisé à agir quand on a reconnu une péritonite par perforation. Il s'agit donc surtout de faire le diagnostic. Le météorisme rapide, sur lequel Jobert a insisté, n'est pas un signe certain, il manque souvent. On fait surtout le diagnostic par exclusion ; c'est ainsi que les ruptures de la rate, des reins, des gros vaisseaux, s'accompagnent de phénomènes d'hémorrhagie et d'épanchements sanguins ; l'existence de vomissements bilieux suffit pour éliminer la rupture de la vésicule biliaire.

Un bon signe est le point sur lequel s'est fait le traumatisme qu'on arrive à connaître soit par les commémoratifs, soit par l'inspection de la paroi abdominale. Dans les cas de contusion de l'abdomen l'intestin se déchire contre la colonne vertébrale, ce sont donc les traumatismes portant sur la ligne médiane qui le déchireront.

M. Bouilly est le premier qui ait fait la laparotomie dans un cas pareil pour aller suturer l'intestin perforé. Larrey fut le premier qui fit la suture de l'intestin à travers une plaie de la paroi, et il obtint la guérison.

Quant au manuel opératoire, la conduite de M. Bouilly a été irréprochable. Les sutures ont lâché, mais cela doit arriver dans la plupart des cas, et l'adhésion des parties a lieu par le fait du travail inflammatoire.

M. Bouilly attribue la mort de son malade à deux erreurs de traitement ; la première est d'avoir trop vite nourri son malade ; la deuxième, d'avoir trop tôt touché la plaie.

M. Verneuil. — Pour ma part, je crois que les entérorraphies totales sont de mauvaises opérations ; elles sont incertaines, et je n'hésiterai pas à faire la cure en deux temps. Je ferais d'abord un anus contre nature, que je traiterais ultérieurement. Quant aux explorations, je les crois très nuisibles.

— M. Bouilly présente un malade qui était atteint de fistule pleurale à la suite d'une pleurésie purulente, et pour le traitement de laquelle il a fait la résection d'une portion de la sixième et de la septième côte, d'après la méthode d'Estlander. Le malade est complètement guéri.

— La prochaine séance aura lieu le 3 octobre.

Dr Henri Bastard.

FORMULAIRE

Potion contre la diarrhée infantile accompagnée de douleurs de ventre et d'adynamie.

(J. Simon.)

Rec. Eau gommée	100 grammes.	
Sous-nitrate de bismuth	4 —	
Eau de mélisse	10 grammes	
Vin de Malaga	15 à 20 —	
Sirop de quinquina	30 —	
Laudanum de Sydenham	à 2 ans	II gouttes.
	à 3 ans	III —
	5 ou 6 ans	V à X gouttes.

M. s. a. Une cuillerée à café toutes les heures, ou toutes les deux heures si les douleurs diminuent.

Comme boissons : de l'eau de riz, de l'eau albumineuse, de la décoction blanche de Sydenham.

Comme aliments : du bouillon et du lait.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies des femmes, thérapeutique générale et applications de l'électricité a ces maladies, par A. Tripier. — Octave Doin, éditeur. Paris, 1883.

M. Tripier nous donne, sous ce titre, un livre tout à fait personnel, dans lequel il expose ses idées et les résultats de sa pratique, dans les principales maladies de l'utérus et de ses annexes.

Dans la 1re leçon, intitulée : *Thérapeutique gynécologique*, il s'occupe de plusieurs questions relatives au traitement des affections utérines en général : douches, injections, cautérisations. A propos des cautérisations, il repousse d'une façon trop absolue, à notre avis, le cautère actuel, dont on a certainement abusé, mais qui, dans quelques cas, nous rend réellement de grands services, surtout chez les malades atteintes de métrite chronique arrivée à la période d'induration.

Il est vrai que M. Tripier n'admet pas la métrite, dont il nie à peu près l'existence. C'est ce qu'il cherche à démontrer à la fin de cette leçon et dans le courant de la suivante, intitulée : *Engorgement utérin*, en se basant sur des arguments théoriques bien plus que sur des faits.

Les 3e et 4e leçons sont consacrées aux diverses variétés de déviations utérines, versions et flexions. L'auteur nous dit qu'après avoir attaché, comme tant d'autres, une grande importance aux changements de situation de l'organe utérin, il en est arrivé à considérer la plupart des troubles observés chez les femmes présentant des déviations, comme dus aux lésions de nutrition qui les accompagnent, et surtout à l'engorgement. (Le lecteur ne doit pas oublier, dans tout le cours de l'ouvrage, que M. Tripier appelle *engorgement*, ce qui est désigné par la plupart des gynécologistes sous le nom de *métrite chronique*.)

Dans la 5e leçon, *Thérapeutique des lésions de nutrition et de situation*, l'auteur expose son procédé thérapeutique, qui consiste principalement dans la *faradisation*. Il décrit l'appareil dont il fait usage, le manuel opératoire, et la durée des séances, qui varie selon les cas. Tous ces détails doivent être lus *in extenso* dans l'ouvrage lui-même.

La 6e leçon contient des observations d'engorgements, de flexions et de versions guéris par la faradisation.

Les 7e, 8e et 9e leçons sont consacrées à l'étude des fibromes utérins. Contrairement à beaucoup d'observateurs, M. Tripier n'admet guère l'influence de la ménopause sur le développement des fibro-myomes. A propos du traitement de ces tumeurs, il passe en revue les divers procédés d'application de l'électricité, sans arriver à des conclusions bien précises sur les résultats qu'on doit en attendre.

Dans le 10e chapitre, *hystéropathies locales*, nous trouvons l'histoire succincte des abcès utérins et péri-utérins, des polypes, du catarrhe, des ulcérations, de la dysménorrhée membraneuse.

Dans la 11e leçon, à propos des *hémorrhagies utérines*, l'auteur étudie les divers troubles de la menstruation, en particulier l'aménorrhée, pour laquelle la faradisation donnerait de très nombreux succès.

Dans la 12e, il s'occupe du cathétérisme utérin, de ses indications et contre-indications.

Les 13e, 14e, 15e et 16e leçons sont consacrées à *l'hystérie*. Nous voyons dans ces chapitres des cas de guérisons de paraplégies hystériques obtenues par la faradisation utérine.

A propos des dysesthésies génitales, on lira avec intérêt des considérations pleines d'originalité sur l'organisme vénérien chez la femme et sur le rôle de l'utérus dans les manifestations hystériques. Dans les deux autres chapitres (17e et 18e) *sur les diathèses*, on trouve de curieuses observations de dysménorrhée chez les *arthritiques* et des indications très exactes sur le régime et le traitement à instituer pour cette catégorie de malades. *L'électricité en obstétrique, avant et après le travail*, fait le sujet des 19e et 20e leçons C'est surtout après l'accouchement que M. Tripier conseille la faradisation utérine, très supérieure, selon lui, à l'emploi de l'ergot de seigle. Les effets obtenus par la faradisation seraient tellement avantageux, que les femmes pourraient marcher sans inconvénient dès le quatrième jour après la parturition, assertion qui nous paraît un peu optimiste. En outre, elles seraient beaucoup moins exposées aux affections utérines, contre lesquelles les applications d'électricité à la suite de l'accouchement constitueraient un excellent moyen prophylactique.

Enfin, dans la 21e et dernière leçon, l'auteur traite de l'*ovariotomie*, ou ponction caustique des kystes de l'ovaire.

Ce que nous savons aujourd'hui, relativement à la structure et au développement de ces tumeurs, nous fait considérer un pareil mode d'intervention comme devant être bien rarement utilisable pour ce genre de néoplasmes.

On voit, d'après cette courte analyse, que M. Tripier a traité dans son livre des principales affections qu'on rencontre dans la pratique gynécologique. Nous reprocherons surtout à l'auteur de s'être tenu trop en dehors de tous les travaux de physiologie et d'anatomie pathologique qui ont été publiés depuis dix ou quinze ans, en France et à l'étranger, relativement aux questions dont il s'occupe. Il n'en est pas moins vrai que les *Leçons cliniques sur les maladies des femmes* contiennent des observations intéressantes et de nombreuses applications thérapeutiques qui en font un livre dont la place est marquée dans la bibliothèque du praticien.

DE SINÉTY.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

CHOLÉRA. — L'état sanitaire s'améliore considérablement en Egypte, et sauf certaines provinces de la Haute-Egypte où l'épidémie cholérique continue à sévir avec une certaine intensité, la décroissance du fléau s'accentue de plus en plus. Nous n'en voulons pour témoins que les chiffres de la mortalité cholérique générale qui, de 737 qu'elle était encore le 14 de ce mois, est tombée aujourd'hui aux environs de 400. Le choléra a entièrement disparu d'Ismaïlia, aucun décès n'a été signalé dans cette ville depuis le 9 août. De même une dernière dépêche datée du Caire, 23 août, nous annonce qu'aucun décès cholérique n'a été constaté dans cette ville pendant la journée du 22.

En résumé, voici les chiffres des décès du 16 au 22 août inclusivement pour les deux villes d'Alexandrie et du Caire :

	Alexandrie	Le Caire
16 août	41	6
17 —	52	4
18 —	31	1
19 —	37	4
39 —	39	3
21 —	43	5
22 —	31	0
Total :	274	23

— Nous empruntons au journal le *Temps* des détails suivants sur l'épidémie cholérique en Egypte et principalement au Caire.

« Le choléra a fait son apparition au Caire le 15 juillet, et huit jours après la mortalité atteignait son chiffre le plus élevé : 463 décès cholériques. Depuis lors, elle n'a fait que décroître, pour se terminer, hier, par un seul décès. Pendant la quinzaine qui suit le 23 juillet, l'épidémie faisait 300 victimes par jour. Dans sa marche ascendente, la maladie a présenté des caractères nettement épidémiques, attaquant les personnes sans distinction ni d'âge, ni de sexe, ni de race ; foudroyant parfois les attaqués, d'autres guérissant par les moindres soins ; mais très souvent le mal résistait à tout traitement.

Dans la courbe que l'épidémie a suivie, il est impossible à qui que ce soit de savoir quel a été le nombre des attaques par rapport au chiffre de la mortalité. Il a été enregistré, jusqu'au 15 août, 23,244 décès, mais on peut évaluer à 25,000 le nombre des victimes et à 90,000 environ le nombre des attaques cholériques.

Dans les attaques, la diarrhée est le symptôme prédominant, les vomissements s'y associent avec persistance, les phénomènes algides ne sont pas intenses, les crampes aussi s'observent moins souvent.

Le fléau a fait peu de victimes parmi les Européens, sauf à Tantah, où ils ont relativement plus souffert de l'épidémie que les indigènes.

La maladie a trouvé un terrain propre à son développement. Les habitants refusaient de nettoyer leurs maisons, de halayer les rues, d'assainir leur quartier. Quantité de gens chassés de Boulacq et du Vieux-Caire bivouaquant encore aujourd'hui, sans le moindre abri, dans les avenues de Ghizeh et les champs environnants. Quand on leur recommande de suivre certaines prescriptions sanitaires, ils se croisent les bras et répondent qu'ils ne doivent pas lutter contre la volonté d'Allah !

L'incurie gouvernementale se nourrit de pareils sophismes. A l'asile des aliénés, il y a eu trente-deux décès cholériques qui n'ont pas été déclarés. L'asile ne possède ni médecin, ni pharmacien.

Le choléra a fait au Caire 5,630 victimes. C'est du moins le nombre des décès enregistrés, comme cholériques, par le Conseil de santé et d'hygiène, dont la conduite a donné lieu à beaucoup de critiques.

Les autorités médicales de Vienne se refusent aussi énergiquement que l'Académie de médecine de Paris n'accepte les doctrines émises au sujet du choléra par le gouvernement anglais. Voici comment l'*Allgemeine medicinische Zeitung* résume les principes proposés à ce sujet par la Faculté de médecine de Vienne :

1° Le choléra n'est endémique qu'aux Indes et ne se propage que par la voie du commerce.

2° Il est extrêmement probable que cette fois il a été apporté en Egypte par un chauffeur anglais qui avait pris le germe de la maladie à Bombay.

3o Il est prouvé qu'en 1873 l'épidémie s'est propagée directement des Indes en Amérique.

4o Bien que l'on ne connaisse pas encore la nature de la contagion du choléra, on sait qu'elle a eu lieu à des distances très éloignées et par l'intermédiaire d'objets de toute sorte.

5o Donc la quarantaine, si elle est accompagnée d'une désinfection rationnelle et suffisante, doit être considérée comme un des préservatifs les plus efficaces contre le fléau.

La note du gouvernement britannique ne prouve rien et l'on doit engager les puissances continentales non seulement à maintenir le système des quarantaines, mais encore à le rendre, le cas échéant, plus rigoureux qu'aujourd'hui, dussent les besoins du commerce en souffrir longtemps, comme semble tant le redouter le commerce anglais. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

— 274. M. Porchaire. Tuberculose consécutive au rétrécissement cancéreux de l'œsophage (inanitiation). — 275. M. Lebran. Du muguet primitif du pharynx dans la fièvre typhoïde. — 276. M. Curé. Des parotidites dans les maladies graves, et en particulier dans les suites de couches. — 277. M. Gaultier de Beauvallon. Essai sur les hallucinations. — 278. M. Laulaigne. Contribution à l'étude de l'anencéphalie; diagnostic pendant la grossesse et l'accouchement. — 279. M. Roquancourt. Etude sur les amputations traumatiques secondaires.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 10 AOUT AU JEUDI 16 AOUT 1883.

Fièvre typhoïde 38. — Variole 3. — Rougeole 21. — Scarlatine 2. — Coqueluche 19. — Diphthérie, croup 23. — Dysenterie 2. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 49. — Phthisie pulmonaire 161. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 49. — Malformation et débilité des âges extrêmes 40. — Bronchite aiguë 17. — Pneumonie 54. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 95, — au sein et mixte 59. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 79. — de l'appareil circulatoire 54. — de l'appareil respiratoire 57. — de l'appareil digestif 53 — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des articulations et muscles 5. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 41. — Causes non classées 6. — Total de la semaine: 977 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DES ACONITS ET DE L'ACONITINE, par le docteur Laborde et M. H. Duquesnel, lauréats de l'Académie de médecine (prix Orfila 1878). Un volume gr. in-8 avec 4 planches chromolithographiées et nombreux graphiques. — Prix: 15 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris





54e année. 6e série. Tome V. N° 35 1er SEPTEMBRE 1883.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE ;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN ;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.
Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 30 août 1883.

Académie de médecine. — LE TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR LE BROMURE DE POTASSIUM.

Il y a un an environ, M. Félizet, chirurgien du bureau central, faisait à l'Académie de médecine une lecture sur le traitement de la glycosurie et du diabète par le bromure de potassium. Nous avons rappelé à cette époque que cette médication n'était pas nouvelle, mais que les nombreux insuccès recueillis de côté et d'autre l'avaient fait tomber dans le discrédit, après que Beghie l'eût présentée comme capable de guérir le diabète. C'est également ce qu'affirmait M. Félizet, dont le travail a eu les honneurs mérités d'un rapport lu à la dernière séance par M. Dujardin-Beaumetz. Tout en faisant la part des succès obtenus par M. Félizet, le rapporteur a reproché à ce dernier d'avoir en général soumis ses malades à une médication trop complexe (alcalins, fer, arsenic, quinquina) pour que les résultats obtenus fussent exclusivement attribuables à l'administration du bromure de potassium. Enfin il a insisté sur les inconvénients que pouvait avoir l'action dépressive de ce médicament dans une maladie dont l'un des symptômes les plus saillants, et souvent précoce, est l'anéantissement des forces. Peut-être le rapporteur eût-il bien fait de rappeler la multiplicité des états morbides qu'on englobe sous les noms de glycosurie et de diabète, parce que leur étiologie et leur pathogénie nous échappent; c'est cette ignorance même qui nous réduit aux tâtonnements, lorsque nous avons à traiter un malade qui rend du sucre par les urines et que nous cherchons à le débarrasser des symptômes que nous croyons être en rapport plus ou moins direct avec la glycosurie. Quelle grossière erreur dès lors que de croire à la découverte d'un remède capable de guérir le diabète, lorsqu'on a réussi à modifier favorablement ou à guérir l'une ou l'autre variété de glycosurie!

C'est aussi une notion qui tend à prévaloir chez les cliniciens et à laquelle le professeur Lasègue, par exemple, attachait une grande importance dans ses leçons cliniques, qu'on ne saurait conclure de la diminution de la glycosurie à l'amélioration d'un cas de diabète, et que telle médication qui, dans un cas donné, réussit à diminuer la glycosurie dans des proportions notables, peut avoir pour résultat non moins évident d'aggraver la situation du diabétique. Cela est vrai, même en ce qui concerne le fameux régime carné, qui, lorsqu'il est appliqué brusquement et avec trop de rigueur chez des malades habitués à une alimentation pauvre en azote, peut engendrer ces accidents graves, presque toujours mortels, désignés sous le nom de « coma diabétique »; des faits récents, déjà assez nombreux, le démontrent d'une façon évidente.

Ce qu'il faut considérer en pareil cas, c'est l'influence exercée par la médication sur l'état général et sur le jeu des grandes fonctions du diabétique; ce qu'il faut considérer aussi, c'est la durée des résultats favorables attribués à la médication; car le véritable diabète est une maladie à évolution essentiellement progressive, qu'il nous est parfois loisible d'enrayer dans sa marche, que personne jusqu'ici ne peut se vanter de guérir. L'inconstance des résultats accusés par Félizet suffit à démontrer que le bromure de potassium n'échappe pas à ce jugement. Que le bromure de potassium, administré avec prudence, comme le demande M. Hardy, puisse rendre de bons services dans le traitement de certaines glycosuries, cela paraît très vraisemblable après les faits invoqués par M. Félizet. Il eût été dès lors très instructif de faire connaître aux médecins les indications précises de la médication bromurée dans les diverses formes de glycosurie. Mais ni le travail original de M. Félizet, ni le rapport de M. Dujardin-Beaumetz, ne nous ont édifié à cet égard.

— Dans cette même séance de l'Académie de médecine, M. Polaillon a donné connaissance d'un cas de hernie inguinale, où il a obtenu une guérison radicale au moyen d'un procédé opératoire, la kélotomie, peu en faveur auprès de nos chirurgiens français. Nos lecteurs trouveront plus loin des détails sur ce fait intéressant.

E. RICKLIN.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR L'APPARITION DE TACHES PURPURIQUES SYMÉTRIQUES, DANS LE COURS D'UNE PARALYSIE AGITANTE (PURPURA DU VIEILLARD), par le Dr RAYMOND, médecin de l'hospice des Incurables.

Les purpuras d'origine nerveuse, constituent aujourd'hui un groupe de faits cliniques bien établis, grâce aux mémoires de MM. Couty, Straus et Faisans. M. Couty, le premier, publiait en 1876, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, sous l'inspiration du professeur Villemin, une étude sur une variété de purpura qu'il considérait comme étant d'origine nerveuse. Cette variété de purpura, déjà signalée à la Société médicale de Berlin par Hénoch, était caractérisée par trois ordres d'accidents : 1o Eruptions purpuriques apparaissant brusquement sur les membres inférieurs; 2o troubles gastro-intestinaux consistant en vomissements et coliques; 3o œdèmes cutanés péri-articulaires. En présence de cette association symptomatologique, M. le Dr Couty avait rapporté

les phénomènes observés à une excitation du grand sympathique.

En 1881, et dans un ordre d'idées un peu différentes, M. le Dr Straus faisait paraître, dans les ARCHIVES DE NEUROLOGIE, un excellent mémoire sur les ecchymoses qui surviennent dans le cours du tabes à la suite des grandes crises de douleurs fulgurantes.

En 1882, dans sa thèse inaugurale sur le purpura myélopathique et les hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux, M. le Dr Faisans rapporte un certain nombre de cas d'éruptions purpuriques survenues dans le cours de névralgies et de névrites sciatiques, de myélite transverse, de cancer du rachis, de méningite cérébro-spinale. Le mode d'apparition de l'éruption, sa localisation symétrique sur les bras ou les jambes, le long du trajet d'un nerf, lui paraissent des motifs suffisants pour faire de cette variété de purpura un purpura médullaire.

Dans sa thèse inaugurale toute récente, M. le Dr Mathieu appréciant, dans une vue d'ensemble, tous ces faits de purpuras d'origine nerveuse, est tout disposé, tout en conservant la notion de l'intervention de la moelle et du système ganglionnaire, à admettre l'influence d'un état constitutionnel antérieur, qui ne serait autre que l'*arthritisme*. Il est très important, en effet, dans l'appréciation étiologique, de tenir nettement compte du terrain sur lequel on voit évoluer la maladie pourprée; sans cela, il est facile de commettre des erreurs. Nous venons d'observer. aux Incurables, deux cas de paralysie agitante avec purpura. Nous avions tout d'abord pensé à rapporter l'apparition de ce dernier à l'affection nerveuse. M. le professeur Charcot, auquel nous soumettions cette idée, nous montra clairement qu'il s'agissait, dans ces cas, de taches purpuriques, assez fréquentes chez les vieillards. Nous ne donnons ici qu'une seule observation, la seconde étant absolument semblable.

PARALYSIE AGITANTE, TYPE. — POUSSÉES PURPURIQUES SUCCESSIVES DU DOS DES MAINS. (Observation recueillie par M. DEMELIN, externe du service.)

L. M..., âgée de soixante-trois ans, matelassière, entrée le 17 janvier 1883 à l'infirmerie de l'hospice des Incurables, salle Sainte-Geneviève, nº 31.

Le père de cette malade est mort à quarante-cinq ans d'un traumatisme; la mère, à cinquante ans, d'affection pulmonaire.

Pas de maladies antérieures à relever.

Il y a trois ans, la malade a fait une chute dans la rue et est allée rouler sous une voiture, qui l'a fortement contusionnée au bras droit. A la suite de cette chute, elle fut très émue et se mit à trembler, dès le lendemain, de la main et du bras droit. Peu à peu le tremblement s'accentua et gagna le bras gauche.

Etat actuel. — La malade est dans le décubitus dorsal, les coudes un peu écartés du tronc, les avant-bras fléchis sur les bras, les métacarpiens continuant le plan de l'avant-bras; les doigts sont fléchis sur le métacarpe les phalanges étendues les unes sur les autres à droite, fléchies à gauche. Des deux côtés, mais surtout à droite, les doigts sont déviés en masse vers le bord cubital, sans hypertrophie des têtes osseuses.

Les jambes sont légèrement fléchies sur les cuisses; le pied droit est en varus. La première phalange du gros orteil est dans l'extension sur le métatarsien, avec saillie du tendon extenseur; la deuxième phalange est fléchie sur la première, surtout à droite.

Tremblement. — Les avant-bras et les mains sont animés d'un tremblement rythmique, régulier, caractérisé par un mouvement alternatif d'adduction et d'abduction du membre vers le corps. Parmi les doigts, le pouce seul est animé de mouvements alternatifs d'abduction et d'adduction vers la paume de la main. Les quatre autres doigts tremblent ensemble et suivent les oscillations de la main.

Aux membres inférieurs, on observe, exclusivement aux pieds, des mouvements de flexion et d'extension; aucune oscillation dans les autres segments, qui paraissent immobilisés les uns sur les autres.

Le tremblement est plus accentué du côté droit que du côté gauche; il est intermittent, inégal dans son intensité, mais fort ou disparaissant même dans les actes volontaires, s'exagérant au contraire quand la malade a l'attention éveillée de ce côté.

La tête ne tremble pas; il en est de même des muscles des paupières. Pas de nystagmus. Les lèvres, quand elles ne sont pas serrées l'une contre l'autre, sont animées d'oscillations analogues à celles des membres; la langue tremble un peu également, quand la malade la tire hors de la bouche.

La force musculaire est un peu diminuée au bras et à la jambe droits. Si la malade veut porter la main droite à la tête, le mouvement se fait, mais avec lenteur et difficulté. Les mouvements de l'avant-bras et de la main sont conservés. Les doigts peuvent s'étendre ou se fléchir, mais tous ensemble; la malade ne peut remuer un doigt séparément, sauf le pouce.

Il existe de la raideur dans la moitié droite du cou, ce qui empêche la malade de porter la tête en avant ou en arrière ou de l'incliner vers les épaules. De ce côté existent aussi des douleurs musculaires que réveillent les mouvements de la tête et du bras.

La contractilité électrique est normale; le tremblement est réveillé par le courant.

La sensibilité est conservée sous toutes ses formes.

Réflexes intacts. Pas de troubles trophiques. La mensuration donne les mêmes chiffres à droite et à gauche.

La température du bras et de la jambe paraît un peu plus élevée à droite qu'à gauche. Au dire de la malade, le côté droit se couvrirait fréquemment de sueurs.

Depuis quelque temps déjà, la malade ne peut marcher et est obligée de garder le lit. Elle n'aurait jamais eu de propulsion ni de rétropulsion. Pas de latéropulsion oculaire. Appétit conservé. Pas de difficulté à avaler les aliments.

Respiration facile. Pas d'accès d'oppression.

Rien au poumon ni au cœur.

Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

Tel était l'état de cette malade lorsque, le 27 février, apparurent sur la face dorsale de la main, surtout à droite, des taches purpuriques, de forme irrégulière, les unes quadrilatères, les autres oblongues ou circulaires, de couleur plus ou moins foncée, les unes rouge pâle, les autres rouge-violet. Ces taches siègent à la face dorsale des deux mains dans le premier espace intermétacarpien, plus près des poignets que des phalanges. Elles se sont développées sans fièvre, ne disparaissent pas sous la pression et ne sont pas douloureuses Elles sont rigoureusement symétriques sur les deux mains; à gauche, on trouve des taches analogues dans le premier espace interosseux, mais plus petites que celles du côté opposé, dont le volume varie entre une tête d'épingle et une lentille. Sur le troisième métacarpien et au niveau de son extrémité supérieure existe une plaque isolée, large d'un centimètre et longue de deux.

Ces taches se montrent d'un jour à l'autre, sans douleur, puis pâlissent peu à peu et disparaissent en quelques jours. La plaque dorsale, qui siégeait sur le troisième métacarpien gauche, après avoir perdu sa coloration violette, a persisté plus longtemps que les autres sous forme d'une tache bistre foncé.

Une nouvelle éruption, entièrement semblable à la première, survient vers le 15 mars. Les taches purpuriques occupent le même siège, mais quelques-unes d'entre elles ont persisté, sans modification de coloration, jusqu'à ces derniers jours.

Dans l'observation que nous venons de rapporter, nous

voyons survenir, chez une femme atteinte de paralysie agitante et à peu de jours d'intervalle, deux éruptions de taches purpuriques sur la face dorsale des deux mains, en des points rigoureusement symétriques. Ces taches apparaissent sans fièvre ni vomissements, elles ne s'accompagnent ni de douleurs articulaires ni de douleurs suivant le trajet des nerfs; elles se montrent spontanément, presqu'à l'insu de la malade; elles se localisent dans le premier espace interosseux et sont au nombre de cinq à six sur chaque main. Leur couleur va du rouge pâle au rouge violet, puis subit les variations que l'on voit se produire dans l'ecchymose ordinaire; leur forme est tantôt circulaire, tantôt oblongue. Leur volume varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille; une d'entre elles, de forme irrégulière, atteignait cependant les dimensions d'un centimètre carré. Leur durée est de quelques jours; néanmoins, depuis la dernière éruption, quelques taches ont persisté jusqu'à aujourd'hui.

Nous devons ajouter que la femme n'est nullement cachectique et que nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer de taches purpuriques sur les membres inférieurs.

Il y a déjà longtemps que M. Charcot, dans ses leçons, a appelé l'attention sur ces taches purpuriques des vieillards. M. le professeur Bouchard les a également décrites dans sa thèse d'agrégation. Depuis lors, un certain nombre d'observations ont été publiées (Thèse d'agrégation du Dr du Castel). Si nous appelons, de nouveau, l'attention sur ces faits, c'est que la coexistence du purpura symétrique avec des maladies nerveuses pourrait entraîner à établir un rapport de subordination qui, dans quelques cas, n'est pas exact, ces taches purpuriques se montrant, assez souvent, simplement sous l'influence de la vieillesse.

REVUE CRITIQUE

LA NOTION ACTUELLE DU TUBERCULE ET DE LA TUBERCULOSE.

Les travaux d'érudition et de critique, imposés aux candidats à l'agrégation en médecine et en chirurgie sous le titre de *Thèses*, ont pour but officiel d'exposer, dans la forme didactique, l'état actuel de certaines questions controversées du moment. Dans les concours qui viennent de se terminer, cinq de ces thèses (1) ont été réservées à l'étude du tubercule. On peut donc dire dès à présent que la première partie de cette année a surtout été marquée par une enquête générale sur la tuberculose; il ne sera pas sans doute indifférent au public médical de savoir, d'une façon sommaire, à quelles conclusions cette enquête a abouti.

Je vais donc rechercher, dans cet article, quelle est la conception qui se dégage de l'ensemble des travaux modernes sur le tubercule, tâche aujourd'hui rendue facile et même séduisante, grâce aux excellentes monographies de MM. Chandelux, Hanot, Ch. Nélaton, Quinquand et Schmitt, dont je me plais à saluer ici tout d'abord le talent et le succès acquis ou à venir.

I

Quand l'anatomie pathologique faite à l'œil nu eût donné, entre les mains de Laënnec, de Louis, d'Andral et de Cruveilhier, tout ce qu'on pouvait savoir par cette méthode sur la constitution du tubercule, on n'était pas d'accord, quoi qu'on en ait dit parfois, relativement à cette production morbide et à ses caractères distinctifs. C'est même pour cette raison que l'analyse histologique s'empara du problème et tenta de le résoudre, grâce aux moyens nouveaux d'investigation dont elle disposait. Elle l'attaqua du reste à la façon et suivant les idées générales du moment où elle commença à être appliquée à l'étude des lésions diverses, c'est-à-dire en cherchant, là comme ailleurs, un *élément* d'abord, ensuite une *disposition spécifique* dont on admettait *à priori* l'existence comme nécessaire. Dans cette conception, chaque production morbide devait avoir sa caractéristique anatomique absolue. De là le *corpuscule tuberculeux* de Lebert; de là aussi, et par une légère modification survenue dans les idées, le *nodule tuberculeux* de Virchow, tumeur qui pour lui était aussi typique et caractéristique de la tuberculose que l'était pour Lebert son corpuscule tuberculeux.

Il faut bien le dire, cette idée de la spécificité absolue des formes anatomiques, idée qui, on le verra bientôt, ne doit plus conserver aujourd'hui qu'une valeur purement historique en anatomie pathologique générale, cette idée a régné jusqu'à nos jours et nous a pleinement dominés! A cette question constamment renouvelée par les cliniciens : « *Où est le tubercule? quelle en est la marque décisive et certaine?* », les anatomistes s'efforçaient sans cesse de répondre et n'y parvenaient pas. Successivement la forme nodulaire de la production, la tendance de celle-ci à dégénérer au centre, puis la présence de figures telles que les cellules géantes ou l'édification épithélioïde qui entoure ces dernières, furent invoquées comme des caractéristiques. Constamment aussi la caractéristique tomba. La forme nodulaire et dégénérative appartient à la morve comme au tubercule; on trouve des cellules géantes aussi bien dans le syphilome et dans les parois des vieux ulcères que dans la nodosité tuberculeuse la plus légitime. Enfin, ainsi que l'a montré H. Martin dans un travail dont la portée considérable ne peut plus désormais être méconnue, en insérant dans l'économie certains corps étrangers divisibles en particules ténues, tels que des grains de poivre de Cayenne ou de l'huile de croton, on voit ces corps se diviser, répartir leurs particules sur divers points, et se former autour de chacune d'elles un nodule d'origine évidemment réactionnelle, mais qui, au point de vue anatomique strict, reproduit trait pour trait le nodule tuberculeux vrai, le follicule tuberculeux de Kœster avec sa marge embryonnaire, sa couronne de cellules épithélioïdes et ses cellules ou figures géantes centrales.

Dans le cas particulier du tubercule faux de Martin, et pour la première fois depuis l'origine du débat, l'anatomie pathologique pouvait répondre à la question posée par la clinique : « Où est le tubercule? » — « Le tubercule, c'est LE CORPS ÉTRANGER; c'est la particule introduite dans l'organisme, ayant irrité les tissus sur le point où elle s'est arrêtée, et déterminant autour d'elle une réaction d'un mode spécial aboutissant à la formation d'une édification nodulaire. Cette édification est

(1). A. CHANDELUX. *Des synovites fongueuses articulaires et tendineuses* (Lecrosnier).
V. HANOT. *Des rapports de l'inflammation avec la tuberculose* (P. Asselin).
CH. NÉLATON. *Le tubercule dans les affections chirurgicales* (G. Masson).
E. QUINQUAUD. *De la scrofule dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire* (Lecrosnier).
M. X.-J. SCHMITT. *De la tuberculose expérimentale* (G. Masson), Paris, 1883.

identique dans la forme à celle du tubercule vrai, par la raison que l'agent qui l'a produite est analogue à celni-là même qui est introduit par la tnberculose vraie. La granulation tuberculeuse n'a donc point d'existence propre en tant qne néoplasie; elle n'est nullement une tumenr. Elle est simplement construite par les tissus irrités par nne particule encore inconnue, puisqu'elle est identique avec le tubercule faux construit lui-même, nous le savons, par les tissus qui réagissent et se défendent, autour d'un grain minuscule de substance irritante. Bref, elle a la signification d'une simple barrière kystique de structure spéciale, développée autour d'une épine de nature particulière. »

Bien avant les expériences de H. Martin, cette nature irritative de la réaction tuberculeuse avait été indiqnée par Grancher. Dire en effet que le tubercule est une « néoplasie inflammatoire à tendance fibro-caséeuse », c'était lui refuser à peu près complètement le caractère d'une tumeur vraie. D'autre part, affirmer avec Ziegler (1) que le nodule tuberculeux n'est qu'une des formes de l'inflammation proprement dite, et, par exemple, que les cellules épithélioïdes sont l'intermédiaire nécessaire entre tout tissu de granulation et tout tissu de cicatrice, c'était aller trop loin et forcer les faits. Le tubercule faux de Martin et son similaire diathésique sont évidemment de pures *édifications réactionnelles* des tissus devant le corps étranger irritant, mais le mode d'irritation est ici tout spécial et diffère de la réaction phlegmasique ordinaire en ce qu'il ne reconstruit pas le tissu intéressé sur son propre type, mais dans une forme *métatypique*, pour employer ici un terme introduit à bon droit dans la science par mon ami Malassez. Pour construire un follicule de Koester, des conditions toutes particulières doivent être réunies, telles que la petitesse extrême de l'agent irritant, des qualités irritatives particulières de ce dernier procédant lentement par le mode d'excitation subaiguë, telles enfin que l'aptitude à se diviser pour se répartir et former des éruptions de granulations fausses qui ne sauraient être distinguées du tubercule vrai que par la présence dans leur sein du corps irritant employé sciemment à les produire. Quand ces conditions sont réunies, et quelle que soit d'ailleurs la nature du corps irritant, on peut prévoir qne sa présence au sein des tissus aboutira à une production tuberculiforme. Il y a donc lieu, comme je le soutenais déjà il y a plus de deux ans (2), d'admettre l'existence d'un mode particulier d'irritation aboutissant à des édifications identiques par leur forme à la nodosité tuberculeuse, mode qui peut d'ailleurs être mis en train, comme tout processus réactionnel général, par des causes de nature diverse, mais similaires entre elles au point de vue de l'action. Ces causes similaires induisent dans les tissus, pour ainsi dire, une série de réactions aboutissant à la production du nodule. Elles ont, si l'on veut, et comme je le disais en 1881, une action *phymatogène*, rien de plus ; et cette conception, si paradoxale qu'elle paraisse de prime abord, est an fond aussi aisément compréhensible que celle en vertu de laquelle on admet aujourd'hui sans conteste qu'une *bulle* peut être produite sur la peau, avec une structure anatomiquement identique, par l'action de l'eau bouillante ou par celle du pemphigus successif, circonstances étiologiques qn'il suffit d'énoncer pour faire comprendre combien une même lésion anatomique peut procéder de causes fondamentalement différentes.

(1) *Trattato di Anatomia pathologica*. Naples, 1882, p. 160-188.

(2) J. RENAUT. *Observation pour servir à l'histoire de la maladie d'Addison et des tuberculoses locales.* — ARCH. DE PHYSIOLOGIE, 1881.

L'enqnête faite récemment à propos de la tuberculose a établi cette manière de voir sur des bases absolument solides. On sait maintenant que le nodule tuberculeux n'est pas plus spécifique, de par sa stnucture anatomique, que la dermite de l'érysipèle, que les lésions du phlegmon diffus, qu'une papule ou qu'une pustule. A peu près en même temps que moi, Cohnheim avait proclamé qu'on pouvait se roidir tant qu'on voudrait (1), mais qu'il était désormais impossible de trouver la caractéristique du tubercule ailleurs que dans le virus tuberculeux, c'est-à-dire dans le *corps étranger*, qui demenrait encore inconnu bien que la découverte déjà ancienne de Villemin imposât pour ainsi dire à tous les clairvoyants la notion de son existence.

II.

Le critérinm anatomique étant reconnu insuffisant pour établir la nature diathésique d'une lésion *de forme tuberculeuse*, il fallait en chercher une autre. Chose étrange, mais qui n'est pas tout à fait exceptionnelle dans l'histoire des sciences, ce critérium existait avec sa valeur définitive avant que le problème eût été posé dans sa forme moderne. Il consistait dans la méthode de Villemin.

Le fait d'avoir établi d'une manière irrécusable que les divers produits de la tuberculose diathésique, reconnue et avérée, sont inoculables et reproduisent la tuberculose elle-même, voilà la découverte fondamentale, source de toutes les autres. Elle appartient entièrement à la science française et à son auteur. Un nodule de structure tuberculeuse, nne inflammation spécifique ou soupçonnée telle, étant donnés, leur nature diathésique sera prouvée par l'inoculation. Hippolyte Martin a eu le mérite de préciser la formule en réduisant à l'état technique la méthode des inoculations en série. Seul, le vrai tubercule est capable, lorsqu'on l'a ensemencé chez nn animal, d'être repris sur l'inoculé avec sa virulence première, de pouvoir être inoculé de nouveau, repris, inoculé encore avec succès, et ainsi de suite indéfiniment. Le faux tubercule, celui qui s'est édifié autour de particules irritantes introduites dans une séreuse par exemple, produit tout d'abord des éruptions abondantes de nodules ; mais, quand on reprend ceux-ci pour de nouvelles inoculations, et qu'on poursuit ces dernières dans la forme sériaire, la pseudo-virulence s'éteint au second ou au troisième terme de la série et ne dépasse ordinairement pas le quatrième. Le processns est éteint simplement parce que le matériel irritant est épuisé. En se répartissant dans le péritoine, les granules qui, par leur ensemble, constituent une goutte d'huile de croton, ont édifié des lésions nodulaires nombreuses. Daus un de ces nodules pris en particulier existe une minime fraction de la goutte, divisible, on le conçoit, en un moins grand nombre de particules que la goutte entière; ce nodule inoculé donnera naissance à une éruption plus directe dont les éléments ne renfermeront chacun qn'une parcelle infiniment petite de substance capable d'agir sur les tissus. L'inoculation en série donne donc des éruptions de plus en plus pauvres dont les derniers termes, bien qu'ayant la structure anatomique du tubercule vrai, ne sont plus du tout inoculables, uniquement parce qu'ils ne penvent plus se résoudre, en se divisant, en la fraction d'huile de croton néces-

(1) *La Tuberculose et la Doctrine de l'infection*. Trad. française, p. 14.

saire et suffisante pour mettre en train le processus qui aboutit à la formation du nodule. Ce ne sont donc pas les éléments anatomiques connus sous le nom de cellules géantes, de cellules épithélioïdes, de cellules embryonnaires, d'éléments caséeux, qui, de par leur structure même, ont la propriété de faire germer l'édification tuberculiforme. Quand l'élément essentiel du faux tubercule, *le corps étranger*, manque, la pseudo-virulence manque du même coup Et ici j'appelle toute l'attention du lecteur, car voilà la clef véritable du processus tuberculeux.

Si, en effet, dans le vrai tubercule, une première éruption étant produite, ses éléments constitutifs sont indéfiniment inoculables en série, c'est que le matériel irritant constructeur du tubercule y demeure inépuisable. Pour satisfaire à cette condition, il est *à priori* nécessaire que ce matériel irritant, qui à l'origine n'avait pas une masse supérieure à la goutte d'huile de croton diluée de H. Martin, et qui s'est réparti comme elle dans la première éruption tuberculeuse, se soit ensuite multiplié au sein de chaque lésion nodulaire par une action qui lui soit propre et que l'on ne conçoit pas autre que la propriété de se reproduire à la façon des corps vivants.

Si, d'autre part, l'anatomie pathologique n'est pas une science absolument vaine, si l'on doit admettre que les édifications anatomiques identiques entre elles procèdent d'incitations au moins similaires quant à leur action immédiate sur les éléments des tissus, l'on est conduit à admettre que, dans le tubercule légitime, l'origine de la lésion est, comme dans le tubercule faux, un corps étranger, mais que ce corps étranger, apte à se multiplier d'une manière indéfinie, est un organisme vivant.

Le corps étranger vivant qui caractérise le tubercule et le distingue anatomiquement du faux tubercule a été l'objet d'incessantes recherches dans ces dernières années, et aujourd'hui, pour la plupart des médecins qui s'occupent d'anatomie pathologique ou de médecine expérimentale, c'est le *Bacillus tuberculosus* de Koch.

J. RENAUT.

(*A suivre*).

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences

DOUZIÈME SESSION

CONGRÈS DE ROUEN

Section de médecine. — Présidence de M. DUPLOUY.

Suite — Voir le numéro précédent.

M. GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital Bichat, lit un travail *sur les Indications de la trachéotomie dans la tuberculose laryngienne*. — Quoique peu souvent indiquée dans le cours de la tuberculose laryngée, il est des cas où la trachéotomie s'impose.

C'est ainsi que lorsqu'il survient des accès de suffocation avec orthopnée violente, quelque puisse être le résultat et quelque désespérée que soit la situation du malade, il faut opérer sans hésitation. On voit surtout cette éventualité dans les cas de phthisie aiguë avec carie des cartilages aryténoïdes. L'auteur a observé deux cas de ce genre dans le courant de cette année.

En dehors de ces cas, dans le cours de la phthisie chronique, on peut être conduit à pratiquer l'opération ; mais alors le laryngoscope, permettant au médecin de suivre les progrès de la lésion, peut aussi le conduire à préciser le moment de l'intervention.

C'est ainsi qu'on observe, dans certaines circonstances, l'altération des grands cartilages (cricoïde et thyroïde) ; mais ce n'est que lorsqu'il existe une carie en masse de ces organes qu'on voit survenir les accès de suffocation. Les lésions précitées pouvant se diagnostiquer par l'augmentation de volume du larynx, les fistules et l'examen direct, on comprend que le médecin, en présence de ces signes, devra se tenir prêt à toute éventualité. L'opération pourra donner une longue survie, car l'observation démontre que ces désordres graves peuvent n'accompagner que des lésions peu avancées du côté des poumons.

Dans d'autres cas, la phthisie provoque des lésions de la muqueuse qui conduisent à la trachéotomie. M. Gouguenheim a vu chez certains malades de véritables tumeurs, analogues d'aspect au cancer, qui, d'abord limitées, envahissent fatalement toute la cavité du larynx.

Pour les mêmes raisons que précédemment, il peut y avoir une survie de deux à trois ans, comme l'auteur en a observé un cas.

M. Gouguenheim rappelle que l'infiltration des replis aryténo-épiglottiques, dit œdème de la glotte, se voit souvent chez des malades cachectiques et non dyspnéiques et en conséquence ne commande pas l'opération.

Enfin les lésions des cordes vocales indiquent souvent l'opération ; tantôt elles sont tuméfiées, mais mobiles, et le danger vient par la sclérose progressive de la glotte ; tantôt elles sont moins tuméfiées mais immobiles et rapprochées, et l'immobilisation provient d'une action nerveuse (paralysie ou contracture).

Les malades sont alors dans l'état que Sestier et Trousseau attribuaient à l'œdème de la glotte.

L'auteur a observé dans un cas de ce genre une compression des nerfs récurrents.

La trachéotomie est obligatoire, mais ici les lésions pulmonaires sont constantes, et les malades vivent peu.

— M. le professeur VERNEUIL fait un remarquable discours *sur l'auto-inoculation.*

Après avoir défini l'inoculation, l'orateur montre qu'elle peut être prophylactique comme dans la vaccine, accidentelle comme dans la syphilis, inévitable comme dans les actes opératoires.

Dans l'inoculation, il existe toujours trois facteurs faciles à reconnaître : le virus, l'organisme, la plaie.

Certains cas sont obscurs, l'infection reste inexpliquée ; c'est sur ceux-là que M. Verneuil veut appeler l'attention.

Et d'abord il faut distinguer trois variétés d'inoculation :

1o L'inoculation ordinaire, celle qui se fait d'être à être, comme dans la syphilis ;

2o L'inoculation mésologique : Comme dans l'érysipèle, le virus vient d'un être vivant, mais il s'en est séparé et flotte dans l'atmosphère ;

3o L'auto-inoculation. Ici le virus est dans l'organisme ; il passe inaperçu ; mais si les moyens de défense de l'organisme diminuent, l'inoculation survient.

M. Verneuil, laissant de côté les inoculations par absorption ou par diapédèse, se propose de n'étudier présentement que celles qui ont un point de départ traumatique.

Il passe dès lors en revue les trois facteurs réglementaires.

Pour le virus, il commence à faire une déclaration de principe et admet la nature parasitaire des maladies infectieuses et inoculables.

Il classe ensuite les affections que les virus produisent, en maladies toujours générales (septicémie, érysipèle), en maladies d'abord locales et susceptibles de généralisation (tuberculose, etc.), enfin en maladies qui semblent ne jamais envahir l'économie (chancre mou, furonculose).

M. Verneuil étudie les conditions d'existence des microbes relativement à leur siège et aux milieux où ils se trouvent.

L'étude du deuxième facteur, l'organisme, conduit l'orateur à examiner les moyens de défense que nous possédons contre le mi-

crobe, selon l'état de santé ou de maladie, en un mot les aptitudes morbides et l'immunité.

Le troisième facteur ou trauma est important à étudier : tantôt il est cutané, tantôt sous-cutané ou profond; le redressement d'une jointure tuberculeuse peut produire, à distance et par voie d'inoculation, une méningite de même nature.

Les trois facteurs une fois connus, que peut-il arriver ?

Les conséquences peuvent être nulles, M. Verneuil s'empresse de le déclarer pour éviter le reproche qu'on pourrait lui faire de vouloir arrêter la main des chirurgiens.

Mais il veut faire ressortir que dans certains cas l'acte chirurgical entraînera l'extension, l'aggravation d'un mal local, aggravation pouvant aller jusqu'à l'infection de l'organisme et la mort inclusivement.

L'orateur conclut donc qu'il faut faire grande attention avant de blesser un foyer virulent, s'abstenir d'y toucher le plus possible.

— M. le docteur Th. Davin (de Paris). — *De l'atrésie du maxillaire supérieur produite par les végétations adénoïdes du pharynx.*

I. Les végétations adénoïdes qui se développent fréquemment dans la cavité naso-pharyngienne de l'enfant se révèlent à l'extérieur par un aspect particulier de la face.

II. Cette modification de la physionomie est caractérisée par l'ouverture permanente de la cavité buccale, l'allongement de la face, l'affaissement des joues, par suite la saillie des pommettes, la projection en avant de la région incisive supérieure, etc.

III. Anatomiquement, cette modification consiste essentiellement dans une déformation du maxillaire supérieur. Cet os est aplati transversalement dans sa partie buccale. La parabole alvéolo-dentaire ne conserve plus sa forme ni ses dimensions Les parties latérales sont rentrées au point de diminuer quelquefois de moitié son diamètre transversal (atrésie). Par contre, la profondeur de la voûte palatine est exagérée. Ainsi constituée, étroite et profonde, la voûte ne peut plus recevoir dans certains cas même la pulpe du petit doigt.

IV. Les dents, au contraire, conservant tout leur volume, ne trouvent plus une place suffisante Elles ne peuvent que se ranger irrégulièrement en dedans ou en debors de l'arcade. Mais le plus souvent elles se projettent en masse en avant, déterminant ainsi une saillie considérable de toute la rangée antérieure. Les incisives et canines ne se trouvant plus en rapport avec leurs congénères inférieures, s'allongent, sortent de la bouche et arrivent à couvrir la lèvre inférieure.

V. Cette conformation particulière de la voûte palatine et de l'arcade dentaire a reçu avant nous diverses interprétations. On s'accorde généralement à lui donner une signification ethnologique : quelques auteurs y voient un signe de distinction; d'autres, au contraire, un signe d'infériorité de race.

VI. Nous pensons, nous, qu'il y a une corrélation directe entre cette modification et la présence des végétations dans le pharynx. Ces dernières gênent, empêchent même la respiration nasale. La voûte palatine, encore en voie de développement (première et deuxième enfance) et de plus ramollie, comme on le constate généralement dans les cas de végétations adénoïdes de cette région, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, doit subir sur sa face buccale une pression constante qui la déprime et lui donne cette forme particulière de gouttière rétrécie.

— M. le docteur Nepveu lit une note sur la *présence du cercomonas intestinalis* dans la sérosité péritonéale de certains cas d'obstruction intestinale dont voici la teneur :

Il y a environ douze ans que pour la première fois j'ai constaté dans la sérosité du sac d'une hernie étranglée la présence des bactériens Ce fait, malheureusement, je ne l'ai publié qu'un peu tard, d'abord en 1875, dans les Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie, tome XXVII, page 88 et suivantes; plus tard je l'ai signalé à nouveau dans la Revue des sciences médicales d'Hayem, tome XII, p. 344 (1).

Il y a quelques mois, je présentais à la Société de biologie quelques faits de même ordre, mais cette fois il ne s'agissait plus de hernie étranglée, mais d'occlusion intestinale.

Dans quatre faits d'obstruction intestinale (deux cas d'occlusion par cancer de l'intestin, deux cas d'occlusion par brides et adhérences), j'ai observé dans la sérosité péritonéale, recueillie avec toutes les précautions nécessaires au moment où l'on ouvrait le péritoine avant qu'on eût touché à l'intestin, des bactériens de divers ordre : j'ai récolté dans des tubes à culture une partie de la sérosité péritonéale ; j'y ai trouvé des micrococus simples ou associés, des microbactéries simples ou associées, animés de mouvements propres.

Ce fait me semble présenter au point de vue clinique une certaine importance ; il peut servir à expliquer ces péritonites et ces septicémies plus ou moins graves qui se produisent parfois dans certains cas d'obstruction intestinale comme dans ceux de hernies étranglées.

En somme, sur les quatre observations d'obstruction intestinale que j'ai pu étudier à ce point de vue, il y a eu trois morts rapides et une seule guérison. Cette guérison n'a rien qui doive nous étonner ; ne guérit-on pas de septicémies plus ou moins légères ? n'y en a-t-il pas de gravité différente ?

Comment expliquer maintenant la présence des bactériens dans la sérosité péritonéale, l'énorme distension de l'intestin au-dessus du point comprimé ou étranglé, les ulcérations qui se produisent à la surface interne de la muqueuse intestinale, la production de liquides diarrhéiques dans lesquels les bactériens existent en quantité innombrable, l'énorme pression que subit toute cette masse plus ou moins fluide contre l'obstacle ? Voilà des conditions multiples qui favorisent leur passage dans les parois intestinales et de là dans la sérosité péritonéale.

Voudrait-on refuser à ces microbes l'origine que je leur attribue ? J'apporte ici un fait nouveau, qui, je crois, entraînera votre conviction.

J'ai examiné la sérosité péritonéale d'un homme de quarante-trois ans atteint d'un cancer du rectum, pour lequel M. Verneuil avait pratiqué avec succès la rectotomie postérieure en 1882, auquel il dut faire le 6 juin 1883 l'anus contre nature par la méthode de Littré, et j'y ai trouvé un monodien caractéristique, le *cercomonas intestinalis.*

Le cercomonas intestinalis est un corps piriforme, de 0mm,01 à 0mm,012 de longueur ; il présente une extrémité amincie se terminant par un filament caudal aussi long que le corps ; il possède un filament flagelliforme antérieur opposé au précédent, très long, deux fois aussi long que le corps, mince, toujours agité. Le corps n'a pas de nucléus appréciable ; sa locomotion est rapide ; parfois, lorsqu'il est attaché par son filament caudal à un globule sanguin, il oscille autour du filament comme un pendule.

J'ai donc quelque raison de croire que les propriétés phlogistiques et septiques de la sérosité péritonéale dans les cas d'obstruction intestinale et de hernie étranglée de quelque durée sont dues au passage des fluides intestinaux même à travers l'intestin dans la cavité péritonéale même.

Opérer le plus tôt possible, écouler les liquides septiques contenus dans le péritoine et en laver soigneusement la surface avec les antiseptiques connus, voilà une pratique recommandée depuis bien longtemps, légitimée par de nombreux succès, mais qui ne semblait indiquer, comme l'entendaient Lister et ses partisans, que par le dépôt des impuretés atmosphériques sur le péritoine ou par la présence à la surface des viscères du sang provenant de l'opération (kélotomie et laparotomie).

Cette pratique a une autre indication qui n'est pas moins urgente : c'est la contamination du péritoine par tous les principes septiques et les organismes inférieurs qui sous l'influence de l'énorme ten-

(1) Voir *Mémoires de chirurgie*, par M. G. Nepveu, p. 23 et 127, 1 vol. grand in-8, chez Delahaye, Paris.

sion intestinale passent, dans les parois du viscère, et de là dans le péritoine.

—M. Cerné (de Rouen) lit un travail sur *une bifidité du gros orteil de variété anormale*.

Parmi les diverses variétés de polydactylie, on compte la bifidité du pouce ou du gros orteil. Tandis qu'à la main le fait n'est pas très rare, il n'en est pas de même au pied. Je ne ferai que rappeler les quatre observations citées par Broca en 1849 à la Société anatomique, appartenant à du Courai, Otto, Valleriola, et à lui-même ; les cas que dit avoir vu Guersant; l'observation d'Heynold dans les Archives de Virchow de 1878, et enfin un cas observé il y a quelques années sur les deux pieds par un confrère de Rouen, M. Hélot. Dans le cas de Broca, les deux divisions étaient à peu près égales, bien séparées, et la dissection lui démontra qu'il s'agissait non de deux gros orteils, mais d'un orteil dédoublé, dont les deux moitiés se partageaient exactement les muscles, vaisseaux et nerfs d'un orteil normal. Dans tous les autres, il y avait syndactylie des deux portions réunies par une membrane.

Mais une règle qui semblait pouvoir être érigée en loi, c'est que la bifurcation partait toujours de l'extrémité de l'organe, son degré le plus minime pouvant être une simple dépression assez superficielle, avec tous les degrés de transition possibles jusqu'à la bifurcation complète du doigt ou de l'orteil, et qu'il y eût ou non syndactylie, les deux extrémités ne se réunissant pas intimement et portant chacune un ongle plus ou moins bien formé.

Le cas que j'ai observé fait exception, et c'est pour cela que j'ai l'honneur de le communiquer.

Il s'agit d'un enfant de trois ans auquel j'ai enlevé l'une des portions de cet orteil bifide, qui formait un appendice gênant.

La partie la plus interne est de la grosseur d'un orteil normal; la partie externe est beaucoup plus petite, plus molle, comme charnue; un sillon dorsal les sépare, comme dans les cas où la syndactylie accompagne la polidactylie. Ce sillon, peu accusé à la racine de l'orteil, se creuse de plus en plus; la membrane interdigitale s'amincit peu à peu; mais brusquement la bifidité s'interrompt un demi-centimètre environ en arrière de l'extrémité de l'orteil normal et une sorte de pont relie les deux portions. Le sillon n'existe pas à la plante du pied; enfin il n'y a pas trace d'ongle sur l'orteil surnuméraire.

La dissection après ablation nous a montré la présence d'un squelette mi-osseux, mi-cartilagineux, sans articulation apparente, formant deux phalanges. Nous ne saurions affirmer qu'à ses extrémités il s'articulât en se continuant avec le squelette de l'orteil normal, mais nous nous sommes assurés qu'il le rejoignait en avant et en arrière, et *principalement en avant*.

La charpente ostéo-cartilagineuse n'était entourée que de tissu cellulo-graisseux, sans traces de muscle ou de tendon, sans vaisseau important.

Nous croyons que la seule explication qu'on puisse donner de ce fait est que les éléments destinés à former le squelette de l'orteil se sont trouvés disposés, sur une partie de sa longueur seulement, en deux masses distinctes; cette division a entraîné à ce niveau une dépression des parties molles figurant une bifidité incomplète.

— M. Gallard (de Paris), attire l'attention du congrès sur *les rapports de la menstruation et de l'ovulation*.

Après avoir exposé la théorie de Négrier (d'Angers), qui le premier reconnut la coïncidence et la corrélation, l'orateur montre comment, depuis quelques années, on est venu à contester la réalité de ces faits et à admettre une simple concomitance entre les phénomènes observés.

On a d'abord admis la doctrine de la nidation : dans cette hypothèse, le travail qui se fait du côté de l'uterus aurait pour but de faire une sorte de nid et l'ovule ne serait sollicité à abandonner l'ovaire que lorsque ce nid serait prêt à le recevoir.

M. Gallard montre le point faible de cette théorie, car le nid, si l'on accepte cette comparaison séduisante *à priori*, ne se prépare que parce que la ponte va se faire.

L'orateur passe à des objections plus sérieuses : deux ordres de faits ont été invoqués : la menstruation sans ovulation, et inversement l'ovulation sans menstruation.

M. Gallard les passe successivement en revue. Dans le premier cas, en laissant de côté les faits d'absence congénitale d'ovaire où la menstruation n'a jamais été observée, c'est surtout les cas de menstruation chez des sujets ovariotomisés qui ont été invoqués.

Certes, dans quelques cas on a pu constater de l'écoulement sanguin ; mais avait-il la périodicité et les autres caractères du flux menstruel ? C'est ce dont on peut douter. Péan et Kœber é parlent du peu de régularité de cet écoulement et signalent le même phénomène après toutes les grandes opérations ; ce sont probablement des écoulements d'origine septique et qui n'ont rien à faire avec la menstruation. D'autre part, dans le cas d'un retour véritable de menstruation, est-on sûr d'avoir enlevé l'ovaire en totalité?

L'observation de Lebec, qui montre une récidive au bout de huit ans, vient bien à l'appui de cette manière de voir.

L'absence de règles, malgré l'ovulation, n'a rien qui doive surprendre chez les phthisiques; l'absence de réaction générale permet de concevoir aisément ce fait.

M. Duplouy cite une malade chez laquelle il a enlevé les deux ovaires ; la menstruation s'est rétablie. Ce fait se concilierait mal avec la théorie de Négrier.

M. Gallard dit que c'est là un fait à mettre à côté de celui de Lebec, et qu'il est facile d'admettre qu'un ovaire, largement étalé sur la surface d'une tumeur, est difficile à enlever dans sa totalité.

— M. Mallez (de Paris) montre un *instrument* qu'il a fait construire *pour prendre les dimensions d'un corps difficilement accessible au doigt*. Ce pantographe chirurgical sera surtout utile pour l'hypertrophie prostatique. Ce n'est pas, dit l'auteur, un instrument applicable à la pratique de chaque jour, mais le chirurgien trouvera là un moyen de précision dans les cas où il voudra déterminer exactement l'effet d'un traitement sur le volume de la glande Un doigtier métallique est mis dans l'index, mais laisse libre sa portion palmaire; à ce doigtier est fixée une tige dont l'extrémité porte un crayon capable de tracer sur un carton la forme du corps, par les mouvements qu'imprime à la tige le doigt qui suit les limites de l'organe.

— M. Petit (de Paris) lit une note intitulée : *Interprétation d'une observation ancienne d'après les idées récentes*.

L'auteur commente une observation de Daza Chacon, publiée par Guardia dans sa *Médecine à travers les siècles*, 1865, et montre que ce cas, publié en 1562, est un fait de paludisme réveillé par le traumatisme. Ces faits donc ont été depuis bien longtemps observés, mais n'ont reçu leur exacte interprétation que depuis les travaux de M. Verneuil sur la *pathologie générale chirurgicale*.

—*Du traitement électrique de la douleur ovarienne chez les hystériques*. — Le docteur Apostoli a fait une communication qui peut se résumer ainsi :

1° Procédé opératoire. — *Il applique à l'utérus un courant faradique ou induit de haute tension, engendré par une bobine à fil long et fin.* L'appareil doit être à chariot, c'est-à-dire à hélice mobile qui permette de graduer facilement l'intensité électrique de zéro à maximum. Des deux bobines qu'il doit posséder, l'une à gros fil et l'autre à fil fin, la première doit être rejetée comme fournissant des courants de *quantité*, propres surtout à exciter la contractilité musculaire, qu'il est inutile de réveiller dans ce cas particulier; ils sont d'ailleurs souvent très mal supportés par les hystériques et ne produisent jamais aussi rapidement la sédation que l'on obtient par les courants de tension élevée.

La faradisation peut être *utéro sus-pubienne*, un pôle étant dans l'utérus et le circuit étant fermé sur le ventre, au-dessus du pubis;

mais il est préférable de lui substituer la *fadarisation utérine double*, les deux pôles étant concentrés dans l'utérus, à l'aide de mon *excitateur utérin double*. Chez la femme vierge ou bien pendant la grossesse, lorsqu'il y a obligation de s'interdire l'introduction du doigt dans le vagin (vierge) on bien de la sonde dans l'utérus (grossesse), il suffit d'introduire et de laisser la même sonde ou une autre de plus gros calibre dans le vagin, l'extrémité restant appliquée sur l'utérus, et de faire ainsi une *faradisation vaginale double*.

2° Dose. — La dose doit être réglée sur l'intensité de la douleur à combattre et sur la sensibilité du sujet. *Elle doit en général être petite et progressivement croissante avec beaucoup de lenteur. Jamais elle ne doit être douloureuse, et il faut qu'elle soit facilement supportée*.

Du dixième au cinquième de l'engainement total de la bobine de l'appareil à chariot de Tripier représente le plus souvent une intensité suffisante.

3° Durée. — La durée doit être proportionnelle à la ténacité du mal; on doit persévérer jusqu'à ce que la douleur soit supprimée ou amoindrie dès la première séance. *De cinq minutes à trente et au besoin plus* seront quelquefois nécessaires pour atteindre ce but; la moyenne est de *dix minutes*.

4° Nombre. — Le nombre des séances est chose variable; toute ovarialgie soulagée ou disparue dès la première faradisation est sujette à récidiver le soir ou le lendemain. *De trois à huit et dix séances* donnent en général un résultat complet et durable, quoique exposé à des retours éloignés offensifs, inhérents à la persistance de la diathèse. Des séances quotidiennes et successives sont presque toujours nécessaires.

5° Conclusion clinique. — L'influence exercée sur la douleur ovarienne (qui, topographiquement parlant, est sus-ovarienne) par un excitant appliqué loin de son siège et localisé dans l'utérus fournit une nouvelle contribution à l'appui de la théorie du rôle pathogénétique que l'utérus joue dans l'hystérie, soit directement, soit par voie réflexe.

1° *Traitement du décollement de la rétine et de la myopie progressive par l'iridectomie, la sclérotomie et la pilocarpine.*

2° *Rapports cliniques et pathogéniques entre le décollement de la rétine, la myopie et le glaucome*, par le docteur Dransart, de Somain (Nord).

L'expérimentation clinique a amené l'auteur à faire l'iridectomie dans le décollement de la rétine. Il emploie simultanément les injections de pilocarpine, la pommade mercurielle et parfois les vésicatoires et les pilules purgatives.

Une série de cas heureux ont été soignés et guéris par cette méthode à la clinique ophthalmologique des mines d'Anzin. Ces faits ont été communiqués à la Société médicale du Nord et sont publiés dans les Annales d'oculistique.

M. Dransart ajoute à ces faits l'observation d'un enfant de douze ans, de Sin-le-Noble, atteint d'un double décollement de la rétine, qu'il vient de guérir complétement par la méthode précédente.

Dans ce nouveau travail, M. Dransart cherche à expliquer l'effet curatif de l'iridectomie, et pour cela il établit par des faits cliniques les rapports qui unissent le glaucome, la myopie et le décollement de la rétine.

Il montre par des faits la coexistence du décollement de la rétine et de l'excès de tension. Parfois cet excès de tension est palpable, parfois il ne se décèle que lors de l'opération.

En tout cas, l'iridectomie faisant disparaître et l'excès de tension et le décollement, il s'ensuit que les processus morbides qui produisent ces affections ont un lien pathogénique commun. Il y a des deux côtés un trouble circulatoire tributaire de la même opération, l'iridectomie, qui est l'opération maîtresse quand il s'agit de rétablir l'équilibre dans la circulation intra-oculaire.

Poussant plus loin ses investigations, M. Dransart montre qu'il y a aussi analogie pathogénique entre le glaucome et la myopie, et qu'il existe entre ces affections des liens cliniques.

Pour l'auteur, la myopie en fait est constituée par une distension des membranes oculaires due à un phénomène primordial et causal : *l'augmentation du contenu intra-oculaire*.

Dans le glaucome, le phénomène capital est l'augmentation du contenu intra-oculaire. Le phénomène primordial est donc le même d'un côté comme de l'autre et rattache forcément les deux affections.

Etant donné les éléments voulus pour produire l'augmentation du contenu, d'un côté il y a glaucome parce que les membranes ne cèdent pas, et de l'autre il y a myopie simple parce que les membranes se laissent distendre.

Les éléments de l'excès de tension n'existent pas moins d'un côté comme de l'autre, et si le glaucome n'arrive pas plus souvent dans la myopie, c'est qu'il se fait au niveau du staphylome postérieur une filtration plus active de liquides oculaires, ce staphylome constituant une véritable soupape de sûreté.

Comme conséquence de sa théorie, M. Dransart propose, pour combattre la myopie progressive, de recourir, le cas échéant, à l'iridectomie, à la sclérotomie, à la pilocarpine, en un mot à tous les moyens qui ont pour effet de favoriser la circulation intra-oculaire. Il recommande, en finissant son travail, de procéder le plus tôt possible à l'iridectomie ou à la sclérotomie. Comme dans le glaucome, plus l'intervention sera hâtive et plus les chances de succès seront grandes. Néanmoins il est à prévoir que dans certains cas de décollement il arrivera, comme dans certaines formes de glaucome, qu'aucune médication ne pourra enrayer la marche de l'affection.

Pour ce qui concerne le décollement de la rétine, les travaux si intéressants de Poncet sur l'anatomie pathologique de cette affection et d'un autre côté le travail tout récent et si remarquable de Boucheron sur l'anatomie et l'embryologie de l'épithélium des procès ciliaires donnent un appui des plus sérieux aux résultats cliniques présentés par l'auteur de ce mémoire.

— M. Henrot. *De la valeur séméiologique et thérapeutique du taxis abdominal dans l'étranglement interne.*

Le docteur Henri Henrot, professeur à l'École de médecine de Reims, relate deux observations d'étranglement interne caractérisé par des douleurs atroces, la suppression des selles et de l'émission de gaz par l'anus, des vomissements, la présence d'une tumeur facile à constater dans l'abdomen avec phénomènes intenses de péritonisme, l'altération de la face, le visage couvert de sueur, le refroidissement des extrémités, la tendance à la syncope, des tremblements généraux, des frissons.

Dans ces deux cas, le taxis abdominal a fait disparaître la tumeur, après avoir produit un gargouillement pathognomonique perçu par le médecin et par les malades.

M. Henrot étudie l'importance de ces faits au point de vue séméiologique et au point de vue thérapeutique.

Au point de vue séméiologique, la palpation superficielle et profonde de l'abdomen, et la percussion pratiquées après avoir fait disparaître la résistance des parois abdominales par les injections de morphine ou le chloroforme, le taxis méthodique de l'abdomen, l'électrisation recto-abdominale, donnent des indications assez précises pour permettre de recourir sans plus attendre à l'intervention chirurgicale, quand ces moyens ont échoué.

Le taxis abdominal, qui obéit aux mêmes règles que le taxis herniaire, se fait de la façon suivante : à l'aide des deux mains, le médecin cherche à englober la tumeur, en enfonçant avec douceur et progressivement le bout des doigts, aussi profondément que possible dans l'abdomen; il appuie ensuite sur la partie la plus saillante de la tumeur, en dirigeant ses efforts vers le point profond inaccessible où l'on suppose que se trouve l'anneau constricteur.

Ce procédé aura d'autant plus de chance de réussir que l'on sera plus rapproché du début des accidents.

Après la lecture attentive des deux observations précédentes, M. Henrot pense qu'on ne peut pas mettre en doute la valeur thérapeutique du taxis abdominal, et qu'il mérite d'entrer dans la pratique ordinaire.

M. VERNEUIL vent d'abord rendre hommage à la compétence de M. Henrot en matière d'étranglement, mais il déclare que rien n'est plus difficile que l'indication de la malaxation des tumeurs; c'est, dit-il, un excellent moyen dans de bonnes mains, un détestable dans de mauvaises. Rien n'est, en somme, plus funeste qu'un semblable précepte pour des médecins ignorants.

M. HENROT répond qu'il ne préconise la malaxation que pendant cinq minutes et qu'ensuite il conseille d'opérer; il ne veut pas encourager la non-intervention que les médecins mettent trop souvent en pratique, et conseille positivement de ne pas trop attendre et d'opérer vite.

— M. OLLIVIER (de Paris) lit une note sur *quelques troubles trophiques de la peau dans l'ataxie locomotrice.*

S'appuyant sur deux faits personnels, l'auteur considère la sécrétion exagérée des sueurs aux extrémités des membres, ainsi que la séborrhée du cuir chevelu, comme des troubles trophiques liés à l'ataxie locomotrice.

On sait, dit l'auteur, depuis les travaux de Charcot, Vulpian, Fournier, que la peau chez les tabétiques peut devenir le siège de divers troubles trophiques, et le professeur Vulpian dit que les fonctions sudorales peuvent n'être pas normales.

Les seuls faits d'hypéridrose ont été relatés par Nitzelnadel, Remack, en 1880, et Putnam (th. Paris, 1882).

Mais l'auteur ajoute qu'on a pu observer l'hypersécrétion sudorale dans les maladies des nerfs périphériques du grand sympathique, de l'encéphale, et quelques affections de la moelle épinière (Bouveret, th. d'agrégation).

Il est, jusqu'à présent, impossible de dire à quelle altération de l'axe médullaire il faut la rapporter, quel en est le siège, et par quel intermédiaire elle peut se produire.

La cause de la séborrhée est encore plus obscure, mais comme cette dernière lésion s'est produite en même temps que la précédente, on peut les rapporter à une seule et même cause.

M. HENROT signale à l'appui de la communication de M. Ollivier un cas de mal perforant symétrique avec sudation des pieds chez un ataxique. L'affection s'est cicatrisée au bout de deux ans.

M. OLLIVIER demande si le tabes est antérieur.

M. HENROT lui ayant répondu affirmativement, M. Ollivier déclare que c'est un nouveau cas à ajouter à ceux qu'il a cités.

— M. DUPLOUY (de Rochefort) : *Note sur un moyen simple de faciliter l'anesthésie dans les opérations ante-maxillaires.*

La crainte de voir pénétrer le sang dans les voies aériennes restreint singulièrement l'emploi de l'anesthésie dans les opérations qui se pratiquent tant dans l'intérieur de la bouche qu'en avant des mâchoires; il est cependant, pour ces dernières, un moyen très simple de conjurer ce danger et de faire jouir les opérés des bienfaits du chloroforme; il est même tellement simple que je n'eusse point osé en faire l'objet d'une communication spéciale au congrès, si je n'étais profondément convaincu qu'il n'est point de petit détail dans l'exercice de notre art. On ne saurait, je l'espère, taxer de puéril un artifice qui peut donner à toute une catégorie d'opérations une précision plus grande et une sécurité absolue : il consiste à disposer au-devant des mâchoires une lame de plomb qu'on a préalablement taillée en forme d'ellipse, en calculant ses dimensions de telle sorte que ses bords atteignent jusqu'au fond des culs-de-sac gingivo-buccaux. Grâce à cette sorte d'opercule moulée sur les arcades, l'administration du chloroforme peut être faite par la voie buccale, sans qu'une goutte de sang passe en arrière des arcades dentaires.

J'ai fait la première application de cet artifice opératoire sur une demoiselle qui portait à la joue gauche, depuis plusieurs années, une tumeur extrêmement saillante, on ne peut plus disgracieuse, profondément logée dans l'épaisseur des parties molles, au voisinage de l'apophyse coronoïde; cette tumeur, qui semblait provenir de la queue de la glande parotide, était un peu plus ferme que les lipômes; on pouvait la mouvoir obscurément d'arrière en avant sans toutefois lui faire dépasser l'apophyse coronoïde.

La malade désirait vivement en être débarrassée; mais elle avait jusqu'ici refusé l'extirpation directe qui devait forcément produire une cicatrice et, comme elle, je tenais à employer la voie intra-buccale; la difficulté se compliquait ici de l'anesthésie sans laquelle elle ne voulait entendre parler d'aucune opération.

La plaque de plomb me réussit parfaitement et avec l'assistance de MM. les docteurs Aulu et Catelan, je fus assez heureux pour saisir, après incision de la muqueuse, une tumeur de la grosseur d'une noix et l'amener en grand au dehors en la détachant avec des ciseaux mousses : c'était un adéno-lipôme; on trouva même dans son prolongement postérieur un petit calcul salivaire de la grosseur d'une perle; l'écoulement sanguin fut assez abondant, mais rien ne pénétra en arrière de l'opercule plombique; la chloroformisation avait été parfaite.

J'ai, depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de cinq ans, étendu l'usage de ce petit moyen à toutes les opérations de bec-de-lièvre simple ou compliqué et à toutes les extirpations d'épithéliôme, surtout à celles qui nécessitent une réparation autoplastique et m'en suis toujours bien trouvé.

Je dois ajouter, qu'outre son avantage principal qui est de supprimer toute crainte de suffocation hémorrhagique pendant l'hanesthésie, elle offre chez les enfants un bon plan de support pour les incisions délicates qu'exigent certains becs-de-lièvre.

— M. CAUCHOIS (de Rouen) lit une *observation de fibrome orbitaire à point de départ périostique* et remontant à six ans. L'auteur opéra la malade dans son service de l'Hôtel-Dieu et enleva le globe oculaire, qui était atrophié.

L'examen microscopique montra une tumeur encapsulée formée de faisceaux de tissus fibreux à toutes les périodes de leur évolution, mélangée de fibres élastiques, « d'éléments sarcomateux » et de nombreux vaisseaux sanguins. Un mois après l'opération, la malade revenait à l'Hôtel-Dieu avec une tumeur du col utérin, dont une portion détachée pendant un examen au spéculum permit de porter le diagnostic de sarcome.

M. Cauchois se demande si la tumeur orbitaire ne serait pas devenue sarcomateuse sous l'influence du sarcome utérin, resté méconnu jusqu'à l'opération.

Quoi qu'il en soit, le chirurgien de Rouen fait remarquer l'impulsion donnée à la tumeur utérine sous l'influence de l'intervention opératoire et il en conclut à l'abstention opératoire dans le cas de néoplasies multiples.

M. DUPLOUY rappelle qu'il a signalé en 1872, dans le *Bulletin de thérapeutique*, un cas de fibrome pur de l'orbite, opéré et non suivi de récidive.

— M. BEAUREGARD (du Havre) lit un travail important sur *l'ostéotomie appliquée au traitement du genu valgum de la première enfance.*

L'auteur montre les efforts qui ont été tentés depuis Delore pour introduire l'ostéoclasie mécanique dans la thérapeutique chirurgicale.

Il montre également les débuts de l'ostéotomie, opération d'abord considérée comme dangereuse et ne pouvant être employée que dans les cas où l'ostéoclasie était restée impuissante. Mais aujourd'hui, dit l'auteur, grâce à la perfection des instruments et des méthodes de pansement, l'opération mérite de se substituer à l'ostéoclasie, comme moins aveugle et moins brutale.

M. Beauregard appuie cette opinion sur seize ostéotomies personnelles, dont huit linéaires et huit cunéiformes.

Ces opérations, dont il donne le détail, ont été pratiquées sur des enfants et des adultes et n'ont jamais donné d'accidents.

Toujours l'auteur a rétabli la forme et restitué la fonction.

M. Beauregard ne conteste pas les avantages de l'ostéoclasie, mais elle a ses indications et ne convient guère que si les os sont mous et peu déformés; l'auteur cite les complications possibles rapportées par Reuss (th. 1880), Verneuil (congrès de Lyon 1874), et Billroth.

Les conclusions sont les suivantes :

L'ostéotomie convient au genu valgum complexe et aussi au genu valgum simple très prononcé.

L'ostéoclasie est applicable aux cas opposés.

M. Pélagaud (de la Réunion) envoie une note sur les eaux thermales de la Réunion.

L'île de la Réunion est essentiellement composée de roches volcaniques et comprend deux massifs escarpés de trois mille mètres de hauteur.

Le plus ancien, ou massif septentrional, est formé de basaltes et de trachytes. Son point culminant, le « piton des Neiges », dépasse trois mille mètres ; c'est du pied de ce pic colossal que jaillissent les trois sources thermales de l'île : au sud, celle de Cilaos ; au nord, celle de Salazie, et à l'ouest, celle de Mafate, nettement sulfureuse.

Indépendamment de ces sources, tous les ruisseaux contiennent en assez grande abondance des sels ferrugineux et magnésiens produits par le lavage des roches superficielles.

Les sources de Cilaos dégagent une grande quantité d'acide carbonique et leur température varie entre 29°,5 et 39°,7. Leur débit est de deux cent cinquante mètres cubes par jour. L'auteur en donne la composition d'après l'analyse de Bories en 1861 : elle contient surtout du bicarbonate de soude.

Les eaux de Salazie sont moins importantes : elles présentent une composition à peu près analogue, mais leur débit est beaucoup moindre (vingt-quatre mètres cubes).

Celles de Mafate fournissent neuf cent litres à l'heure et exhalent une franche odeur d'œufs pourris.

L'auteur étudie ensuite l'origine de ces eaux : il pense que la théorie ordinaire leur est difficilement applicable et qu'il faut expliquer d'une autre manière leur existence.

Après avoir passé en revue les diverses objections qui se présentent à l'esprit, M. Pélagaud pense que ces eaux, au lieu de surgir de bas en haut, descendent au contraire de haut en bas après avoir traversé la masse du « piton des Neiges » qui garderait encore au centre une température élevée.

Le piton pourrait être comparé à un grand filtre dont les eaux, rencontrant à diverses hauteurs des roches encore chaudes, élèvent peu à peu leur température, puis viennent surgir au dehors lorsqu'elles sont arrêtées dans leur descente par une couche de laves restée intacte.

— M. Lantier envoie un travail sur les avantages de l'emploi de l'alcoolature d'aconit dans le traitement de l'obstruction chronique partielle des voies urinaires chez les vieillards non opérables.

— M. Sandberg (de Christiania), envoie un travail sur les *bruits du cœur*.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : Les bruits anormaux ne sont pas formés seulement par des vices dans les valvules sigmoïdes, mais aussi dans les valvules auriculo-ventriculaires et dans les orifices ; de plus, quelques-uns de ces bruits dépendent de la rapidité du cours du sang et de sa quantité.

— M. Redard (de Genève), lit un travail sur la *greffe dentaire*.

Après avoir passé en revue les modifications qu'il a fait subir aux procédés opératoires en usage, M. Redard déclare qu'il est arrivé à greffer les racines d'incisives qui empêchent la résorption de l'arcade alvéolaire et dont la présence permet la fixation directe des dents artificielles en évitant aux malades les ennuis des pièces prothétiques ordinaires.

— M. Lailler, pharmacien en chef de l'asile de Quatre-Mares, envoie une note sur *une poudre de lin inaltérable préparée pour la confection des cataplasmes*. — Ce travail a déjà été inséré dans les Comptes rendus de l'Académie des sciences (4 déc. 1882).

— M. Maurel, médecin de la marine, prend la parole pour indiquer *une réaction nouvelle servant à diviser les albumines normales et pathologiques en deux grandes catégories*, l'une comprenant les albumines qui sont semblables à celles du blanc d'œuf, qu'il prend pour type de l'albumine normale, et l'autre, au contraire, composée par des albumines qui s'éloignent des premières au moins par deux caractères et auxquelles il donne, pour ne rien préjuger, le nom « d'albumines modifiées ».

Cette réaction est obtenue en versant une liqueur cupro-potassique quelconque dans un liquide albumineux.

Deux cas peuvent se présenter : ce liquide se colorera en violet ou bien en vert, c'est-à-dire que pour ce dernier cas le liquide ne donnera que la couleur du réactif étendu.

L'auteur a ainsi dressé la liste de presque tous les liquides albumineux de l'économie et des urines diversement albumineuses.

Or ses conclusions sont les suivantes :

Tous les liquides qui sortent de l'organisme en dehors de la fièvre se colorent comme l'albumine normale : celles, au contraire, qui s'exosmosent pendant la fièvre ne donnent aucune réaction.

M. Maurel étudie ensuite les modifications imprimées par la fièvre à l'albumine, et il croit que l'albumine ainsi modifiée se rapproche des peptones.

L'auteur cite en terminant quelques expériences qu'il a instituées pour s'assurer que la modification éprouvée par l'albumine dans la fièvre se rapproche de celle que la digestion fait subir aux substances albuminoïdes.

Quoi qu'il en soit, cette albumine présente avec les peptones ce caractère commun d'empêcher la réduction des sels de cuivre.

— M. le docteur Burot (de Rochefort) lit un mémoire sur *les variations des chlorures dans les maladies*.

Après avoir montré en quelques lignes l'importance de cette étude, l'auteur expose un procédé rapide pour le dosage des chlorures : c'est le procédé de laboratoire connu, adapté à la clinique (avec le nitrate d'argent en solution).

Au lieu d'employer la burette graduée, le verre à précipité et la pipette, M. Burot se sert d'un tube dont l'extrémité en forme de boule contient 1 centimètre cube d'urine.

On verse l'urine et on ajoute un peu de solution de chromate de potasse.

On emploie dès lors une burette graduée en dixièmes de centimètres cubes pour verser la solution de nitrate d'argent au titre de 28 gr. 40 par litre. Chaque division employée correspond à 1 gramme de chlorure par litre.

La fin de la réaction est indiquée par la coloration café au lait due au chromate d'argent.

Les recherches personnelles de l'auteur l'ont conduit à admettre à l'état de santé 11 gr. de chlorure par litre, dont 10 gr. de chlorure de sodium et 1 gr. de chlorure de potassium ; mais ce chiffre varie avec l'alimentation et avec les causes qui augmentent ou diminuent l'activité sécrétoire des reins.

Il varie bien davantage dans l'état de maladie.

La diminution des chlorures est le fait le plus important au point de vue des déductions pratiques.

Dans les maladies chroniques, la diminution indique seulement l'affaiblissement du pouvoir digestif, s'il n'existe pas d'autre voie d'élimination (diarrhée, hydropisie).

Dans les maladies aiguës, la diminution est proportionnelle à l'intensité de la maladie et leur disparition annonce la production d'épanchements séreux ou d'exsudats inflammatoires.

L'auteur a réuni une quinzaine de courbes dans des pneumonies franches. La diminution y est régulière : cette régularité est bien moindre dans la broncho-pneumonie et la pneumonie typhoïde.

Dans la fièvre typhoïde, les oscillations sont variées.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, il y aurait plutôt augmentation que diminution.

— M. le docteur Andrieux et M. Bravais communiquent un mémoire sur *la médication antimicrobique*.

— M. le docteur Onimus adresse un mémoire sur *la contraction pseudo paralytique infantile*.

Sous cette dénomination l'auteur décrit un ensemble de symptômes qui ne rentrent dans aucun cadre nosologique.

Ces symptômes sont caractérisés par un état de contraction de presque tous les muscles, avec prédominance de certains groupes musculaires, simulant avec une paralysie en même temps qu'il existe une sorte d'exagération des mouvements d'ensemble et une impossibilité de dissocier les mouvements limités. Les centres locomoteurs semblent avoir une activité pathologique qui se traduit par une contraction musculaire plus ou moins considérable mais permanente.

Ce qui a surtout frappé l'auteur, c'est cette pseudo-paralysie, fait de l'impuissance à exécuter des mouvements normaux, et surtout l'âge des sujets : dans les cas observé par lui, l'affection a débuté avant l'âge de deux ans.

Cette affection, qu'on a le plus souvent considérée comme une forme anormale de la paralysie atrophique de l'enfance, serait caractérisée, d'après M. Onimus, par une irritation de la partie supérieure de l'estbme encéphalique : mais ce n'est là, dit-il, qu'une dénomination assez vague, n'ayant pas eu l'occasion de faire de vérification anatomique.

— M. Deshayes (de Rouen) lit *une observation de zona* intéressante en ce qu'il y a eu une délimitation très nette des tissus intéressés.

Les vésicules étaient exactement situés dans la sphère du lingual et du dentaire inférieur. C'était, en somme, un zona de la bouche produit par une névrite des deux nerfs susindiqués, névrite due dans le cas particulier au froid humide agissant sur un sujet surmené.

— M Duplouy (de Rochefort) fait une communication sur *un cas d'enchéridrome volumineux de la racine du membre supérieur droit*, ou plus exactement implanté au niveau de l'insertion du deltoïde.

Cette tumeur était restée stationnaire environ pendant huit ans, lorsque il y a environ deux ans, elle subit un accroissement rapide qui poussa la malade à venir solliciter les secours de la chirurgie.

Devant le désir formel qu'exprima la malade de conserver son membre, M. Duplouy, malgré le volume excessif de la tumeur, dut en faire l'ablation pure et simple par voie de morcellement.

L'auteur, en présence de ce succès, croit que le chirurgien doit tenter la conservation, si possible, et il invoque la bénignité de certaines variétés de chondrome.

Dans tous les cas, le microscope démontra l'existence d'un chondrome pur.

— M. Jolly (de Paris) lit un travail sur la *fonction primaire des phosphates dans les êtres vivants.*

Les phosphates sont au nombre de cinq dans l'économie : deux solubles, ceux de potasse et de soude ; deux insolubles, ceux de chaux et de magnésie ; enfin, le phosphate de fer, soluble dans le plasma alcalin du sang.

L'auteur ne les croit pas simplement dissous dans les tissus ni combinés avec la matière organique ; ils entoureraient les éléments comme pour leur constituer un squelette.

Dans cette manière de voir, leurs modifications peuvent ne pas en entraîner d'analogues dans les éléments qu'ils entourent ; de là, la nécessité de rechercher les phosphates dans l'urine.

— M. le docteur Cerné, chirurgien des hôpitaux de Rouen, lit une *observation sur un cas de gangrène spontanée par diabète phosphatique.*

Un homme de soixante ans entre à l'hospice général avec des plaques gangréneuses multiples. L'analyse des urines ne donne ni sucre ni albumine, mais recèle une notable quantité d'acide phosphorique.

La guérison est lente mais coïncide avec la diminution de l'excrétion phosphatique.

Cette observation montre donc l'importance de l'examen complet des urines dans les cas de lésion spontanée ; elle continue encore la théorie de Teissier sur le diabète phosphatique.

M. Teissier (de Lyon) prend la parole pour confirmer les conclusions du travail de M. Cerné.

Beaucoup de malades, dit-il, qui présentent tous les signes du diabète moins la glycosurie, doivent être considérés comme de vrais diabétiques.

Mais les manifestations du diabète sans sucre sont variées ; quand on examine leur urine fréquemment, on constate pour ainsi dire à chaque instant des modifications importantes.

Un jour, on observe du sucre ; le lendemain ou deux jours après, le sucre est remplacé par l'acide phosphorique ; puis, c'est de l'albumine qu'on y rencontre ou de l'azote en excès.

C'est ce que mon père a appelé le « diabète alternant ».

L'auteur explique la présence du phosphore par le dédoublement de la glycose sous des influences peu connues. L'acide lactique qui en résulte irait remplacer l'acide phosphorique des phosphates alcalins.

Cette explication, en partie acceptée par le professeur Bouchard, permettrait de considérer ce diabète comme un diabète sucré modifié.

M. Verneuil rappelle à ce propos qu'il ne connaît pas de gangrène spontanée sans cause interne.

Elle est souvent difficile à trouver, et M. Teissier a eu raison de parler de la cause d'erreur qui résulte des changements incessants qui surviennent dans la composition d'une urine pathologique.

Les recherches qu'il a entreprises dans son service depuis plusieurs années en fournissent une preuve évidente.

Un malade entre à l'hôpital pour un phlegmon ; l'examen immédiat de l'urine fournit un chiffre déterminé de sucre : le lendemain matin, l'examen reste négatif.

On comprend comment de semblables diabètes peuvent passer inaperçus.

Ces glycosuries éphémères, qu'on peut reproduire en faisant manger les malades et qui peuvent se manifester sous l'influence d'un refroidissement, présentent un intérêt considérable, car elles démontrent ce fait important que si peu de causes, en somme, peuvent produire le diabète, beaucoup sont capables de le rappeler quand il est latent.

M. Verneuil n'explique pas autrement la glycosurie dans l'anthrax.

L'anthrax ne produit pas le diabète, il ne peut que le rappeler.

Il en est de cette diathèse comme de toutes les autres : toutes peuvent être rappelées sous l'influence non seulement de traumatismes, mais de causes banales.

Le diabète semble varier non seulement selon certaines circonstances individuelles, mais encore suivant les pays.

A Tunis, d'après Calmettes, l'oxalane serait fréquente.

M. Duplouy signale également la fréquence de l'oxalane dans les îles d'Oléron ; il l'attribue aux végétaux oxaliques dont les gens du pays font usage pour l'alimentation.

M. Verneuil se demande s'il ne faudrait pas plutôt invoquer le paludisme.

Picqué.

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 août 1883. — Présidence de M. Hardy.

M. Burq lit en réponse à la communication faite, dans la dernière séance, par M. le docteur Bailly (de Chambly), un travail dont voici le résumé d'après l'auteur lui-même :

« Préservation constante dans le *choléra*, même par simple voie de voisinage, des populations soumises à une certaine imprégnation cuprique, et préservation observée en France, en Suède, en Espagne, en Italie, en Turquie et en Egypte, sur plus de cent mille individus. »

Mardi prochain, M. Burq se propose de faire une troisième communication sur ce sujet.

— M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur un travail de M. le docteur Félizet, intitulé : *De la guérison du diabète sucré et de la glycosurie par le bromure de potassium.*

M. le rapporteur résume son travail de la manière suivante :

« Le bromure de potassium, dit-il, est une médication adjuvante dans le traitement du diabète, médication qui a ses avantages et ses inconvénients. Dans les cas de moyenne intensité et dans certains cas graves, en l'associant aux moyens diététiques et à la médication alcaline, il peut faire disparaître la glycosurie, mais il affaiblit les forces. Aussi devons-nous nous montrer très prudents dans l'administration de cet agent thérapeutique, surtout chez les diabétiques qui présentent, par le fait même de leur maladie, une dépression profonde de l'organisme, et ce n'est qu'en surveillant attentivement les effets de la médication que nous devons ordonner un pareil médicament ».

M. Bouchardat est d'accord avec M. Dujardin-Beaumetz sur les effets de l'emploi du bromure de potassium dans le diabète. C'est un médicament qui est utile dans certains cas, mais qui doit être manié avec une grande prudence à cause de la dépression des forces que son administration provoque. Il faut, dans le traitement du diabète, donner la prééminence à l'ensemble des moyens hygiéniques, en particulier au régime et aux exercices gymnastiques.

M. Lunier croit devoir appeler tout particulièrement l'attention sur les inconvénients du bromure de potassium sur les enfants et les vieillards. Il a vu des exemples d'une véritable dépression intellectuelle produite par cette médication.

M. le président Hardy a observé des faits d'action dépressive du bromure de potassium chez des diabétiques dont ce médicament avait d'ailleurs diminué la quantité de sucre.

M. Hardy a observé en outre une action irritante du bromure de potassium sur la peau, se traduisant par une éruption acnéiforme et des furoncles.

Il faut donc employer ce médicament avec réserve et ne pas dépasser la dose de 2 à 3 grammes par jour.

M. Dujardin-Beaumetz dit qu'il ne faudrait pas conclure que le bromure de potassium n'a pas d'action sur le diabète. Dans certains cas, on a vu ce médicament produire des résultats vraiment étonnants et amener la disparition complète du sucre dans les urines au bout d'un certain temps. Cette médication, d'ailleurs, s'applique à toutes les formes et variétés du diabète.

M. le docteur Félizet, dans son travail, insiste sur les deux inconvénients de la medication que l'on vient de signaler, à savoir la dépression des forces et l'éruption acnéique. Enfin, il associe à l'emploi du bromure de potassium les exercices gymnastiques, qu'il recommande d'une façon toute particulière.

En résumé, on devra administrer le bromure de potassium lorsqu'on n'aura pas obtenu la disparition du sucre par le régime et par les exercices ; il faudra le cesser dès qu'on aura vu se produire la dépression des forces. Il faut bien savoir, d'ailleurs, que le diabète résiste presque toujours aux moyens thérapeutiques : bromure de potassium, alcalins, eau de Vichy, etc., quand il n'est pas influencé par les moyens diététiques.

M. Ricord a obtenu d'excellents résultats de l'emploi du bromure de potassium dans le diabète, sans aucun des inconvénients qui viennent d'être signalés. Il le donne à la dose de 3 à 4 grammes par jour. Il pense que les éruptions de furoncles, dont on a parlé, doivent être mises sur le compte du diabète, non du bromure de potassium.

— M. Polaillon lit une *Note sur un fait de cure radicale d'une hernie inguinale* et présente le malade qu'il a opéré.

Dans les pays voisins, dit M. Polaillon, on pratique souvent la kélotomie pour guérir radicalement des hernies non étranglées qui sont seulement gênantes et difficiles à maintenir.

Dans notre pays, au contraire, cette opération est rare, parce qu'on la considère comme inutile et dangereuse. Cependant le danger de cette opération a beaucoup diminué depuis les procédés qui permettent d'ouvrir le péritoine sans craindre beaucoup la péritonite. Son inutilité, par suite de récidive de la hernie, a aussi diminué depuis que l'on oblitère le sac et son collet et depuis que l'on suture profondément l'orifice des parois abdominales.

M. Polaillon a pratiqué récemment la cure radicale d'une hernie sur un sujet de vingt et un ans, porteur depuis son enfance d'une hernie inguinale gauche descendant dans le scrotum.

Il y a deux ans, à la suite d'une violente contusion des bourses, le testicule gauche devint douloureux et la hernie difficilement réductible. L'usage d'un bandage fut dès lors impossible, et la hernie non contenue augmenta de plus en plus de volume. Une névralgie funiculaire et testiculaire ne pouvant permettre l'application d'aucun bandage, le malade était condamné à rester couché continuellement.

Dans ces conditions, la cure radicale parut indiquée à M. Polaillon.

Après avoir réduit complètement la hernie, il fit une incision oblique de 6 millimètres, commençant à la partie externe du scrotum et remontant sur la paroi abdominale dans la direction du trajet inguinal. Il arriva couche par couche sur le cordon, qui fut écarté en haut et en dedans, et sur l'orifice inguinal externe. Là il ne rencontra point de sac. Il transfixa immédiatement avec une aiguille courbe le pilier inférieur, et il fit ressortir sa pointe au-dessus du pilier supérieur. Il plaça ainsi deux points de suture en fil d'argent. En tordant ces deux fils, il obtint une oblitération très satisfaisante de l'anneau inguinal. Cela fait, il laissa revenir le cordon à sa place normale, puis il réunit les lèvres de la plaie avec quatre points de suture métallique. Les fils de la suture profonde sortaient par la partie moyenne de la plaie cutanée et servaient de drain. Pansement de Lister.

Les suites furent simples. La plaie se réunit par première intention. Le neuvième jour, M. Polaillon enleva par torsion un des fils de la suture profonde ; le dixième jour, l'autre fil.

La névralgie testiculaire et funiculaire disparut d'abord complètement. Mais lorsque le malade commença à se tenir debout et à marcher, elle revint à un faible degré.

Actuellement la hernie est guérie ; le testicule est moins douloureux et l'opéré peut supporter un bandage herniaire destiné à permettre aux adhérences de se consolider et de prévenir la récidive.

M. Jules Guérin dit que M. Polaillon a cherché à atteindre un but qu'il a atteint lui-même, il y a quarante ans, par un autre procédé. Ce procédé consiste à obtenir un bouchon plastique à l'aide d'une plaie sous-cutanée qui verse ses liquides de sécrétion dans le canal inguinal et en amène l'oblitération. M. Jules Guérin n'emploie pas la suture comme M. Polaillon, et il n'en arrive pas moins à un résultat complet, sans exposer le malade à aucun accident.

M. Polaillon répond qu'il n'a pas voulu rappeler les divers procédés mis en usage pour la cure radicale de la hernie inguinale. Son seul but a été de montrer un cas de kélotomie appliquée à la cure radicale des hernies non étranglées. Cette kélotomie combinée avec la suture du collet du sac et des anneaux est une opération d'origine récente et à propos de laquelle il a cru devoir faire sa communication.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Solution pour injections dans les cas d'otorrhée symptomatique d'une otite externe.

Rec. Acide salicylique... 2 grammes.
Alcool.......... } àà 50 —
Eau distillée... }

M. s. a. — Deux injections par jour.

E. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Essai sur les hématocèles utérines intra-péritonéales, par le docteur Jousset, ancien interne des hôpitaux. — Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 1883.

Ce mémoire, écrit par un élève de M. Bernutz, est fort intéressant à lire. L'auteur s'appuie sur quatre cas observés à la Charité pour établir que la pelvipéritonite est une cause fréquente d'hématocèle. L'épanchement sanguin, symptôme commun à plusieurs affections, doit être enkysté pour constituer l'hématocèle proprement dite. On lui voit quelquefois un début dramatique, selon l'expression de son maître, quand le sang provient en abondance d'un point quelconque de l'appareil génital; mais où bien il se résorbe quand le péritoine est sain, ou il vient en telle quantité que la mort survient par hémorrhagie interne, et les cas sont rares où le sang donne lieu à l'hématocèle. Mais le plus souvent, d'après l'auteur, l'affection surviendrait dans le cours d'une pelvipéritonite subaiguë, précédée des symptômes ordinaires à cette affection.

L'auteur défend avec talent, dans son travail, la théorie du reflux.

Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte, par Léopold Ramonède, prosecteur de la Faculté. — Paris, Delahaye, 1883.

La hernie congénitale occupe une grande place dans l'étude de la hernie inguinale, car elle comporte un pronostic plus sérieux, fait échec au taxis et exige une intervention rapide.

M. Ramonède, prosecteur de la Faculté, a repris récemment les recherches déjà anciennes de Camper, et, s'appuyant sur l'examen de 215 cadavres, est arrivé à des conclusions d'une grande importance pour la pratique. Au point de vue de la fréquence de l'anomalie, il donne le chiffre de 12 0/0, résultat intéressant qui montre que l'origine congénitale de la hernie inguinale est plus commune qu'on ne le supposait jusqu'alors.

L'auteur a étudié avec soin les particularités anatomiques du conduit péritonéo-vaginal; il en ressort qu'il possède ordinairement trois rétrécissements, siégeant au niveau des deux orifices du trajet herniaire et au point de communication avec la vaginale, quand il existe, et que, de plus, ces rétrécissements sont le siége de valvules rigides, ressemblant à de vrais diaphragmes d'optique, ce qui explique l'impuissance du taxis et la précocité des lésions de l'anse étranglée.

Cette particularité explique encore comment ces hernies congénitales, qui ne sont pas des hernies de naissance, comme leur nom impropre pourrait le faire croire, s'étranglent le jour de leur apparition.

M. Ramonède admet que le siége de l'étranglement se trouve au niveau de l'orifice péritonéal du trajet inguinal, d'où la nécessité de faire un débridement profond. Mais M. Trélat a déjà démontré à la Société de chirurgie que cette opinion était exagérée, en s'appuyant sur un cas fort intéressant où l'étranglement siégeait au niveau du rétrécissement inférieur.

Contribution a l'étude du système veineux. — Les canaux de sûreté, par le docteur Jarjavay, prosecteur à la Faculté, avec 35 figures dans le texte. — Paris, Octave Doin, éditeur, 1883.

L'auteur montre le rôle capital des canaux de sûreté dans les phénomènes complexes d'équilibration veinense qui régissent la circulation en retour. Etudiés surtout dans les cas d'obstacles de cause pathologique, on en avait peu fait ressortir l'importance physiologique, et cependant le professeur Verneuil, en 1858, insistait déjà sur leur rôle de protecteurs vis-à-vis des valvules qu'elles soustraient « aux effets du choc en retour en détournant une certaine quantité du sang qui pèse sur elles ».

Il était donc intéressant, pour confirmer ce rôle physiologique, d'établir mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'alors et de fixer nettement l'origine, la terminaison de ces voies collatérales et les connexions qui peuvent exister en ces deux points avec l'appareil valvulaire.

M. Jarjavay, en s'appuyant sur des recherches fort minutieuses, a décrit toutes les variétés que peuvent présenter dans l'économie ces canaux de sûreté. Ces descriptions, fort claires du reste, sont accompagnées de schémas qui en rendent la lecture fort attrayante.

L'auteur, par un excellent esprit de synthèse, a montré que les veines satellites, les bifurcations veineuses et les veines communicantes ne devaient être considérées que comme des variétés plus ou moins compliquées de canaux de sûreté.

Il a montré aussi les conditions que devaient remplir les arcades veineuses pour jouer un rôle analogue.

En somme, ce travail, qui fait le plus grand honneur à son auteur, mérite, tant au point de vue anatomique que par les conséquences physiologiques qui en découlent, de prendre une place distinguée près de ceux qui depuis trente ans ont été écrits par nos maîtres sur le système veineux.

Picqué.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Phénomènes nerveux, intellectuels et moraux, leur transmission par contagion, in-8 de 400 pages, par M. J. Rambosson, lauréat de l'Institut, officier de l'instruction publique, etc. — Librairie de Firmin-Didot et Cie.

La contagion des phénomènes nerveux, intellectuels et moraux, est à l'ordre du jour et préoccupe toutes les intelligences.

Cette contagion comprend les tics nerveux, les maladies épileptiformes, les affections mentales, depuis la folie la plus caractérisée jusqu'au simple égarement du sens commun, l'entraînement au suicide, à l'homicide, aux crimes de toute espèce, etc.

Aucun sujet n'intéresse davantage l'esprit humain; il touche aux questions les plus graves et les plus élevées. Dans une suite de mémoires lus et communiqués à l'Académie des sciences, à l'Académie des sciences morales et politiques et à l'Académie de médecine, M. Rambosson a traité ce sujet avec beaucoup de clarté et de méthode.

De plus, il fait l'application de la loi de la *transmission et de la transformation du mouvement expressif*, qui explique cette contagion, au caractère essentiel du langage chez l'homme et chez

l'animal, à la compréhension spontanée du langage et des beaux-arts, à leur développement normal, à leur influence sur le physique et sur le moral, etc., etc.

Dans l'ouvrage qu'il nous donne aujourd'hui, non seulement il développe ces mémoires académiques, mais encore il aborde une foule de questions nouvelles d'un grand intérêt.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

CHOLÉRA. — La décroissance de la mortalité cholérique en Egypte s'est tellement accentuée depuis notre dernier bulletin, que le chiffre des décès pour toute l'Egypte n'atteint même plus 100, dit on. Au Caire, même l'on n'aurait plus constaté aucun décès cholérique depuis le 24 ou le 25 août. Le nombre des individus morts du choléra est également descendu à 12 à Alexandrie. En résumé, voici, d'après le dernier recensement officiel communiqué le 17 août par le conseil de santé et d'hygiène publique, chargé de centraliser au Caire les listes des victimes dans toute l'Egypte, les chiffres de la mortalité depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 15 août.

Le tableau récapitulatif comprend plus de 200 noms de villes et villages; il donne un total qui, bien qu'officiel, n'est cependant encore qu'approximatif et serait, dit-on, bien au-dessous de la vérité. Ce total est de 21524 morts dont :

Le Caire.........	5.622	Samanoud...	347
Damiette.........	1.923	Minieh......	332
Chibin-El-Kom....	1.171	Zagazig......	295
Mansourah........	1.085	Alexandrie..	208 (1)
Gharkieh.........	827	Rosette......	206
Ghizeh............	785	Damanhour...	152
Mahalleh-El-Kebir.	746	Siout.........	132
Gharbieh..........	738	Ismaïlia......	33
Tantah............	600	Suez..........	32
Manoufieh.........	358	Port-Saïd.....	12

Enfin nous devons enregistrer la dépêche suivante, adressée à M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, par M. Pasteur :

« Arbois, 27 août 1883.

« Je reçois ce matin des nouvelles télégraphiques de la mission française du choléra en Egypte. Très curieuses observations avec grand caractère de nouveauté et constantes dans le sens espéré. Je vous communiquerai la lettre détaillée attendue.

« *Signé* : PASTEUR. »

Nous apprenons en même temps que le gouvernement français aurait reçu du chef de cette même mission un télégramme lui annonçant que l'épidémie actuellement en voie d'extinction en Egypte est incontestablement le choléra asiatique.

* * *

CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. le docteur S. Pozzi, agrégé suppléant M. le professeur Verneuil, commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Pitié le lundi 3 septembre, à neuf heures et demi, et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre de l'établissement.

Visite des malades à huit heures et demi.

* * *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le docteur Ferré est nommé chef des travaux d'histologie en remplacement de M. Vaillard, démissionnaire.

(1) La mortalité cholérique atteint aujourd'hui pour cette ville le chiffre de 700.

* * *

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Drouineau père, chirurgien en chef honoraire des hospices civils de La Rochelle, dont nous ne saurions oublier l'accueil bienveillant pendant la session du congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences au mois d'août de l'année dernière. M. Drouineau est décédé le 21 août, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

— M. le docteur Charles Gaillardot, ancien médecin sanitaire de France en Egypte, ancien directeur de l'Ecole de médecine du Caire et membre de l'Institut d'Egypte, est mort ces jours derniers à Rhamdoun (village du Liban) Il était né à Lunéville (Meurthe) en 1814. Il a publié un certain nombre de travaux sur la géologie et l'anthropologie.

* * *

ECOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE. — PERSONNEL ENSEIGNANT DANS LES ECOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.

Le président de la république française,

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. — Le personnel enseignant, dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, comprend des professeurs titulaires, des suppléants, un chef des travaux anatomiques et physiologiques, un chef des travaux physiques et chimiques, des fonctionnaires et des employés auxiliaires.

ART. 2. — Les professeurs titulaires sont au nombre de douze, répartis dans les chaires suivantes : anatomie descriptive, 1 chaire; physiologie, 1 chaire; hygiène et thérapeutique, 1 chaire; pathologie interne, 1 chaire; pathologie externe et médecine opératoire, 1 chaire; chimie et toxicologie, 1 chaire; physique, 1 chaire; histoire naturelle, 1 chaire; pharmacie et matière médicale, 1 chaire; clinique médicale, 1 chaire; clinique chirurgicale, 1 chaire; clinique obstétricale et gynécologie, 1 chaire.

ART. 3. — Les suppléants sont au nombre de six, répartis ainsi qu'il suit : pour les chaires d'anatomie et de physiologie, 1 suppléant; pour les chaires de pathologie et de clinique médicale, 1 suppléant; pour les chaires de pathologie et de clinique chirurgicale, et de clinique obstétricale, 1 suppléant; pour les chaires de physique et de chimie, 1 suppléant; pour la chaire de pharmacie et matière médicale, 1 suppléant; pour la chaire d'histoire naturelle, 1 suppléant.

ART. 4. — Les suppléants sont nommés au concours pour une durée de neuf ans. Le concours est ouvert devant une Faculté de médecine, une Faculté mixte de médecine et de pharmacie, ou une école supérieure de pharmacie. — Le siège du concours est déterminé par le ministre. — Peuvent être nommés sans concours : suppléants des chaires de chimie et de physique, les docteurs en médecine pourvus de la licence ès sciences physiques; suppléants de la chaire d'histoire naturelle, les docteurs en médecine pourvus de la licence ès sciences naturelles. — Après l'expiration du temps légal d'exercice, le ministre peut maintenir un suppléant en fonctions et même le rappeler temporairement à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

ART. 5. — Les chefs des travaux sont nommés au concours pour une période de neuf ans. Le concours est ouvert devant l'école où les emplois sont vacants.

ART. 6. — Les suppléants et les chefs des travaux prennent une part active à l'enseignement. — Ils font des cours annexes ou des conférences; ils dirigent les travaux pratiques. — Chaque école soumettra au ministre un tableau des cours faits par les titulaires, les suppléants et les chefs de travaux; toutes les matières de l'enseignement devront figurer dans ce tableau. — Les fonctions de chefs de travaux ne peuvent pas être cumulées avec celles de suppléants.

ART. 7. — Les grades à exiger des professeurs titulaires sont :

1o pour les professeurs d'anatomie, de physiologie, d'hygiène et thérapeutique, de pathologie interne, de pathologie externe et médecine opératoire, de clinique interne, externe et obstétricale, le diplôme de docteur médecine; 2o pour les professeurs de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le diplôme de docteur en médecine ou le diplôme supérieur de pharmacien; 3o pour le professeur de pharmacie et matière médicale, le diplôme supérieur de pharmacien. — Un licencié ès sciences physiques pourra être *chargé* du cours de physique ou du cours de chimie. — Un licencié ès sciences naturelles pourra être *chargé* du cours d'histoire naturelle.

ART. 8.— Les grades à exiger des suppléants sont : 1° pour les suppléants des chaires d'anatomie et de physiologie, de pathologie interne et externe, de clinique interne, externe et obstétricale, le diplôme de docteur en médecine; 2o pour les suppléants des chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le diplôme de docteur en médecine ou le diplôme de pharmacien de première classe ou la licence ès sciences physiques ou naturelles suivant la nature de la suppléance; 3o pour le suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, le diplôme de pharmacien de première classe. — Les grades à exiger des chefs de travaux sont : 1o pour le chef des travaux anatomiques et physiologiques, le diplôme de docteur en médecine; 2o pour le chef des travaux physiques et chimiques, le diplôme de docteur en médecine, ou de pharmacien de première classe, ou de licencié ès sciences physiques.

ART. 9. — Le personnel des fonctionnaires et employés auxiliaires de l'enseignement comprend : un prosecteur, un aide d'anatomie et de physiologie; des chefs de clinique; des préparateurs pour les cours de chimie, de physique, de pharmacie et d'histoire naturelle; un bibliothécaire.

ART. 10. — Le personnel administratif se compose de : 1 secrétaire; des employés et gens de service.

ART. 11. — Les villes, sièges d'écoles préparatoires, contractent l'obligation : 1o d'assurer le service des trois cliniques prévues à l'article 2; 2o de mettre à la disposition de l'école une ou plusieurs salles consacrées aux maladies des enfants.

ART. 12. — Les mêmes villes s'engagent, en outre, à prendre entièrement à leur charge les traitements du personnel et à couvrir les dépenses de toute nature occasionnées par l'enseignement, les exercices pratiques, l'entretien des bâtiments, du mobilier, des collections, des laboratoires, du jardin botanique et des cliniques.

ART. 13. — Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des écoles préparatoires réorganisées, passent le premier examen probatoire et la première partie du second examen dans ces écoles, devant un jury composé de deux professeurs et d'un agrégé de faculté. A cet effet, deux sessions d'examens seront ouvertes dans les écoles préparatoires réorganisées, l'une au mois d'août, pour le premier examen, l'autre au mois d'avril, pour la première partie du deuxième examen. — Toutefois les aspirants au doctorat, élèves des écoles préparatoires réorganisées, peuvent subir ces épreuves devant les Facultés de médecine aux époques fixées par l'article 4 du décret du du 20 juin 1878 et par l'article 1er du décret du 23 juillet 1882. — Les élèves refusés au premier examen probatoire à la session d'août dans les écoles préparatoires réorganisées peuvent se présenter, pour le même examen, à la session de novembre suivant, devant une Faculté de médecine. — Les élèves des mêmes écoles refusés, à la session d'avril, à la première partie du deuxième examen probatoire, peuvent se présenter, pour le même examen, après un délai de trois mois, devant une faculté. — Pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu.

ART 14. — Les écoles préparatoires actuellement existantes recevront les droits établis à l'article 13 à mesure qu'elles seront réorganisées. — Jusqu'à la réorganisation, elles restent pour le régime des examens de doctorat, soumises à l'article 4 du décret du 20 juin 1878 et à l'article 1er du décret du 23 juillet 1882. — Les droits mentionnés à l'article 13 seront conférés à chaque école en particulier par le ministre en section permanente, sur le rapport d'une commission établissant que la réorganisation est réalisée.

ART. 15. — Les dispositions contraires au présent décret sont et demeurent abrogées.

ART. 16. — Le président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 1er août 1883.

* * *

ÉCOLES DE PLEIN EXERCICE ET PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser la circulaire suivante :

Monsieur le recteur,

J'ai l'honneur de vous adresser trois décrets rendus en conseil supérieur :

1o Sur les écoles de plein exercice;
2o Sur les écoles préparatoires;
3o Sur le régime d'études des officiers de santé.

Le premier décret accorde aux écoles de plein exercice un régime d'examen qu'elles ont longtemps demandé. Désormais leurs élèves subiront, sans être obligés de quitter l'école, toutes les épreuves comprises dans la période de seize inscriptions. Le jury, aux termes de dispositions qui ne pouvaient être changées par décret, sera composé de membres des Facultés.

En discutant et en votant les deux autres décrets, le conseil s'est préoccupé de répondre, dans la mesure du possible, aux vœux des écoles préparatoires. Ces écoles demandaient deux choses : 1o Que tous les élèves fussent soumis à une même scolarité pour que les cours pussent être les mêmes pour tous; 2o que les étudiants en doctorat, tout en profitant des dates fixées pour les examens par le décret de 1878, pussent satisfaire à ces épreuves sans quitter la ville où ils font leurs études.

Il est donné satisfaction au premier vœu, en augmentant de six mois, dans les écoles préparatoires, la scolarité des candidats à l'officiat de santé. Par ce seul changement, les études de ces futurs praticiens sont parallèles à celles des élèves en doctorat, ce qui rend facile la distribution des cours dans chaque année. Cette addition de deux inscriptions ne change rien à ce qui se passait d'ordinaire dans la pratique : l'élève en officiat consacrait en effet le plus souvent quatre années à ses études; mais il n'y était pas obligé, et il était impossible de mettre en complète harmonie les cours du doctorat et ceux de l'officiat.

Sur le second point, il a été décidé que le premier examen et la première partie du second, c'est-à-dire toutes les épreuves que comprennent les inscriptions que les écoles ont le droit de délivrer, seraient passés dans l'école devant un jury de Facultés. Il ne vous échappera pas qu'une telle faveur ne peut être accordée aux écoles que si elles comblent diverses lacunes dans leur enseignement. Il faut que toutes les connaissances que comportent les examens y soient professées. C'est une très faible dépense de plus. Il faut aussi et nécessairement que les moyens d'études, — laboratoires, travaux pratiques, soient assurés aux élèves. L'Etat est très favorable aux écoles préparatoires, mais il a des devoirs envers le pays; il ne peut laisser s'abaisser l'instruction médicale. Vous conférerez de ces questions avec les autorités municipales. Pour un certain nombre d'écoles, les changements à faire sont insignifiants; pour d'autres, ils sont plus sérieux. Les écoles *réorganisées* recevront les privilèges indiqués à l'article 13 du décret; les autres resteront dans le *statu quo*. Dans toutes les mesures de détail qu'il a prises, le conseil s'est préoccupé exclusivement d'élever le niveau de l'enseignement dans les écoles; il n'avait pas de moyens plus sûrs de servir leurs véritables intérêts et de marquer la sympathie qu'il leur porte.

Recevez, etc.

Signé : JULES FERRY.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

280. M. Chabaud. Sur les accidents dus à la décomposition de l'air. — 281. M. Pinard. De la pseudo-fièvre hystérique. — 282. M. Michelot. Des luxations des doigts en arrière — 283. M. Fourrier. De la prothèse palatine. — 284. M. Vigot. Des polypes fibromuqueux de la cavité naso-pharyngienne. — 285. M. Guerrier. Contribution à l'étude des fibromes du tronc en rapport avec la paroi abdominale antérieure. — 286. M. Militchevitch. Considérations sur les troubles trophiques des ongles dans quelques maladies des centres nerveux. — 287. M. Charles Lévy. Quelques considérations à propos d'une épidémie de variole. — 288. M. Fonnegra. Des épithéliomes glandulaires enkystés du voile du palais. — 289. M. Aron. Etude clinique sur le retrait de l'utérus dans les cas de manœuvres obstétricales. — 290. M. Bonicli. Des anomalies et des formes frustes de la sclérose en plaques disséminées. — 291. M. Raullet. Essai sur la migraine ophthalmique.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 17 AOUT AU JEUDI 23 AOUT 1883.

Fièvre typhoïde 49. — Variole 4. — Rougeole 20. — Scarlatine 2. — Goqueluche 19. — Dipthérie, croup 28. — Dysenterie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 36. — Phthisie pulmonaire 183. — Autres tuberculoses 11. — Autres affections générales 79. — Malformation et débilité des âges extrêmes 51. — Bronchite aiguë 25. — Pneumonie 38. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés au biberon 20. — au sein et mixte. 49. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 109. — de l'appareil circulatoire 58. — de l'appareil respiratoire 58. — de l'appareil digestif 59 — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 2. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 40. — Causes non classées 4. — Total de la semaine : 1051 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

NOSOGRAPHIE ET THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, par le docteur Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un volume in-8. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

LE MÉDECIN. — Devoirs privés et publics ; rapports avec la jurisprudence et l'organisation médicales, par le docteur A. Dechambre. Un volume in-18 diamant. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

FORMULAIRE DE L'HYGIÈNE ET DE LA PATHOLOGIE DE L'APPAREIL DENTAIRE, avec les applications thérapeutiques, par le docteur J. Redier. In-18. — Prix : 1 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

DES RUPTURES UTÉRINES PENDANT LA GROSSESSE, ET DE LEURS RAPPORTS AVEC L'AVORTEMENT CRIMINEL, par le docteur J.-F.-H. Coutagne (de Lyon). Brochure in-8 de 54 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;**
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 6 septembre 1883.

Académie de médecine. — SUR LA GENÈSE DU PARASITE DE LA TUBERCULOSE.

Lorsque, il y a un peu plus d'un an, M. Koch réussit à isoler et à cultiver des bacilles capables de reproduire par voie d'inoculation les lésions tuberculeuses, il sembla de prime abord, devant cette révélation faite pour susciter l'étonnement, que l'histoire clinique de la tuberculose serait toute à refaire. Il s'est trouvé en effet des enthousiastes disposés à ne plus voir dans la tuberculose qu'une maladie assimilable, au point de vue de son étiologie, de sa prophylaxie et de son traitement, aux maladies infectieuses réputées parasitaires. A la dernière séance de l'Académie de médecine, M. le professeur A. Bouchardat a fait justice de ces exagérations, dans une communication inspirée par un sentiment très louable, celui de concilier les enseignements cliniques du passé avec les acquisitions récentes issues des recherches du laboratoire.

Que la phthisie pulmonaire puisse se transmettre par voie de contagion, c'est là une opinion depuis longtemps accréditée et qui, devant le témoignage d'observations absolument probantes, est venue s'imposer à l'esprit des médecins de notre époque. M. Bouchardat a eu raison de rappeler qu'à cet égard l'expérimentation avait été devancée par la clinique, sans qu'il faille pour cela contester l'importance des découvertes de M. Villemin et de M. Koch.

Mais s'il n'est pas douteux que la tuberculose puisse se transmettre par voie de contagion, la saine observation clinique nous apprend aussi que ce mode de transmission est un fait exceptionnel et réclame des conditions spéciales, équivalant à une inoculation directe. C'est ainsi qu'une cohabitation intime et prolongée se prête à la transmission de la tuberculose entre conjoints; c'est ainsi que l'illustre Laënnec a pu s'inoculer la tuberculose en s'abandonnant avec trop de zèle aux recherches nécroscopiques sur des sujets morts de la phthisie. Au contraire, nous sommes à même de constater chaque jour que le contact médiat, le séjour dans une atmosphère viciée par les émanations des phthisiques n'a pas d'influence manifeste sur le développement de la tuberculose. M. Bouchardat en a cité des preuves évidentes, trop connues pour que nous ayons à les rappeler à nos lecteurs. La découverte du bacille de Koch n'a rien changé aux faits d'observation quotidienne, qui démontrent que, si la phthisie n'est qu'exceptionnellement le produit d'un contage venu du dehors, elle se crée de toutes pièces, sous l'influence des conditions qui engendrent cet état de souffrance de l'organisme, désigné par l'éminent hygiéniste sous le nom de *misère physiologique.*

Cependant la nature parasitaire de la tuberculose ne paraît plus niable. On doit dès lors se demander quel est, dans ces cas de phthisie acquise sans l'intervention d'un contage extérieur et qui constituent la règle, le rôle des parasites. M. Bouchardat s'est borné à rechercher leur provenance; pour résoudre cette question il a imaginé une pathogénie qui prête à la discussion par plus d'un côté : La misère physiologique a pour caractère essentiel un déficit dans la calorification, causé par une insuffisance de l'acte respiratoire. De fait, tous les cliniciens ont noté que certaines parties des poumons fonctionnent insuffisamment chez les sujets qui se trouvent au début d'une tuberculisation pulmonaire. Reste à savoir si à ce moment les tubercules ne sont pas déjà formés dans les poumons. M. Bouchardat sous-entend qu'il n'en est rien. L'insuffisance de la respiration entraîne une insuffisance de la circulation dans les réseaux capillaires des parties correspondantes des poumons. La circulation, à un moment donné, s'arrête dans certains capillaires. En ces points, les cellules lymphatiques, soustraites à leurs conditions normales d'existence, acquièrent des aptitudes nouvelles, entre autres, celle de se métamorphoser en bacilles pathogènes. Grosse question soulevée par M. Bouchardat, qui touche à la spontanéité des maladies virulentes et revient presque à ressusciter la théorie de la génération spontanée! Devant un auditoire moins clairsemé, cette partie de la communication du savant hygiéniste eût sans doute soulevé de vives objections.

Mais passons sur cette question de doctrine, pour ne retenir que les déductions pratiques tirées par M. Bouchardat des faits irrécusables invoqués à l'appui de sa thèse. La tuberculose n'est qu'exceptionnellement le fruit d'une contagion opérée par un germe venu du dehors; elle est presque toujours l'aboutissant d'un ensemble de circonstances nocives qui troublent les actes nutritifs et frappent l'organisme d'une véritable déchéance. Donc, pour instituer une prophylaxie efficace de cette maladie si meurtrière, pour avoir chance de l'enrayer dans sa marche quand il en est encore temps, il faut recourir aux moyens qui nous permettent de relever la nutrition, de rétablir l'équilibre entre les besoins de l'organisme et les matériaux de réparation tirés du dehors. S'écarter de ces principes, pour se borner à faire la chasse au microbe, c'est s'engager dans une voie stérile, dangereuse même, comme le démontrent (1) des tentatives que nous avons mentionnées dans ce journal. M. le professeur Bouchardat, en venant défendre

(1) Voir le numéro 21, 1883.

ces idées à la tribune de l'Académie, a eu le mérite de plaider la cause du bon sens et les droits de la clinique contre les prétentions excessives de quelques novateurs.

E. Ricklin.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Observation de phlegmon prévésical rétro-pubien, très probablement consécutif a une pérityphlite; évacuation du pus par le cœcum, par le docteur E. Pauzat, aide-major de 1re classe.

Dans un travail publié par la Gazette médicale de Paris en 1880 (1), nous avons essayé d'établir, contrairement à l'opinion de Retzius et d'autres auteurs, qu'il fallait admettre deux variétés de phlegmons prévésicaux et que cette distinction était basée non seulement sur des différences d'origine et de symptômes, mais aussi sur une différence de siège.

Le phlegmon de notre première variété, sous-musculaire ou prévésical sus-pubien, pourrait être compris dans l'histoire des phlegmons de la gaine des muscles droits, puisqu'il se développe en réalité au niveau de l'extrémité inférieure de cette gaine.

Mais la description anatomique de Retzius n'admettait pas l'existence isolée de ce phlegmon; du reste, plusieurs de ses caractères cliniques sont tels qu'il peut être facilement confondu avec le phlegmon de la seconde variété, le prévésical rétro-pubien. C'est pour cela que nous avons jugé utile d'étudier ces inflammations comparativement et sous la dénomination commune de phlegmons prévésicaux.

Dans notre travail de 1880, nous avons publié une observation recueillie par nous dans le service de clinique chirurgicale du Val-de-Grâce et que nous avons considérée comme un type caractéristique de phlegmon prévésical sus-pubien (2). Nous avons eu l'occasion à Sfax (Tunisie) de soigner un malade atteint d'un phlegmon prévésical rétro-pubien. Le cas étant très net, nous croyons intéressant de le faire connaître, d'autant plus que les observations de ce genre ne sont pas encore bien communes (3). Nous ajouterons quelques réflexions dont le but principal sera de faire ressortir de nouveau les caractères distinctifs des deux variétés de phlegmons prévésicaux.

Observation.—X... Sicilien, 24 ans au mois d'août 1882, serrurier à Sfax (Tunisie).

Ce jeune homme, vigoureusement constitué, a joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de 22 ans; depuis deux années, il se plaint de constipation habituelle; il ne va à la selle que tous les trois ou quatre jours. En juillet et août 1881, il a dû garder le lit pendant une trentaine de jours pour une affection qui est survenue dans le bas-ventre sans cause connue et qui paraît tout à fait comparable à celle que nous aurons à décrire; la région sus-pubienne était tuméfiée et douloureuse, les émissions d'urine très fréquentes, et le malade croit avoir rejeté du pus par l'anus.

X... est arrivé à Sfax le 2 août 1882, après avoir eu pendant quatre jours un mal de mer très violent; parti bien portant de Sicile, il a éprouvé après son débarquement une douleur sourde et presque continue dans le bas-ventre. Toutefois l'appétit était conservé, et, le 8 août, il a fait un très gros repas, à la suite duquel les douleurs du bas ventre ont augmenté; la marche les rendant plus aiguës, X... a pris le lit et a fait appeler le 18 août M. le docteur Pierrot, médecin en chef de l'hôpital militaire. M. Pierrot a trouvé, la fosse iliaque droite empâtée et douloureuse, a diagnostiqué une pérityphlite et prescrit le repos absolu au lit, des cataplasmes et un régime excessivement léger. Forcé de s'absenter, notre chef nous confie son malade, que nous examinons le 26 août et chez lequel nous constatons l'état suivant:

Le regard est d'abord frappé par une voussure notable de la région sus-pubienne, la peau et la couche sous-cutanée y sont intactes: ni rougeur, ni œdème appréciables, mais on trouve profondément une tumeur, dont la forme rappelle beaucoup celle de la vessie distendue. Les contractions des muscles droits se passent sous la main et repoussent la tumeur en arrière; elle est exactement médiane, d'une consistance uniformément dure, mate, sans expansion ni battement; çà et là quelques fines bosselures; pas de points ramollis ni de traces de fluctuation. Partant de la symphyse pubienne, cette tumeur s'élève à huit centimètres au-dessus d'elle; sa largeur est de treize centimètres, à la partie moyenne de la hauteur indiquée et de douze aux deux extrémités supérieure et inférieure; ses bords sont nettement délimités; elle présente une face supérieure et des faces latérales, mais on ne peut en mesurer l'étendue; en bas, elle vient au contact des deux cordes de Falloppe dans une étendue à peu près égale à la moitié interne de ces cordes Le palper abdominal est fait avec précaution, à cause des douleurs assez vives provoquées par la pression; il semble cependant que la tumeur pénètre dans le petit bassin.

A partir du bord droit de la tumeur, on constate dans toute la fosse iliaque droite un empâtement douloureux, profond et assez marqué; la région est d'ailleurs sonore et ne renferme pas de tumeur molle ou dure; l'empâtement cesse au niveau de la naissance du colon ascendant.

La fosse iliaque gauche ne présente rien d'anormal; les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés.

Le malade urine de douze à quinze fois par jour, sans aucune douleur; l'urine est d'un jaune clair, sans albumine ni globules purulents, en un mot complètement normale. Par le cathétérisme avec une sonde métallique, on constate que le canal de l'urèthre est intact, que la vessie est presque vide et ne contient pas de corps étranger.

La prostate est saine; mais, au-dessus d'elle, le doigt rencontre une tumeur qui fait une saillie considérable dans le rectum et qui présente le caractère de dureté uniforme de la tumeur sus-pubienne; elle est divisée par un sillon vertical et exactement médian en deux masses latérales assez volumineuses pour se mettre en contact avec les parois du petit bassin; on croit arriver jusqu'à son bord supérieur en introduisant le doigt aussi haut que possible.

En associant le palper abdominal et le toucher rectal, surtout en frappant un coup sec au-dessus du pubis, on éprouve une sensation d'ébranlement communiqué à toute la tumeur: il s'en faut que ce soit la sensation de flot, mais ce caractère ne saurait appartenir à une tumeur entièrement solide.

Les troubles fonctionnels consistent dans la fréquence déjà signalée des émissions d'urine et dans une douleur sourde, continue, gravative, occupant tout le bas-ventre et devenant parfois aiguë: pas de coliques proprement dites. Depuis que le malade est alité, les selles ont lieu tous les deux ou trois jours; les matières sont rejetées en bols étroits et mous. Le malade, qui suit un régime très

(1) *Contribution à l'étude de la région prévésicale et des phlegmons dont elle est le siège*, par le docteur E. Pauzat (Gazette médicale, Paris, 1880), numéros 35 38, 39, 42, 44, 47.

(2) M. le docteur Bouilly rapporte cette observation comme inédite dans sa thèse d'agrégation: nous la lui avons en effet remise le jour même où nous avons envoyé notre mémoire au journal la Gazette médicale; mais le journal n'a pu imprimer notre mémoire de suite et la thèse de M. Bouilly a paru quelques jours avant.

(3) L'excellente thèse du docteur Macarez (Faculté de Lille, 1881) en contient trois inédites.

sévère depuis plusieurs jours, est fortement amaigri, mais il n'a pas de fièvre et demande à manger.

Nous faisons la prescription suivante, qui sera maintenue pendant toute la période aiguë des accidents : cataplasmes sur le bas-ventre ; potages, vin et café.

28 août. — La tumeur sus-pubienne est un peu plus saillante, mais toujours dure; seize émissions d'urine dans les dernières vingt-quatre heures; une selle un peu douloureuse, composée de matières fécales molles et de glaires muqueuses grisâtres; il s'est donc développé un léger degré de rectite.

29 août. — Le centre de la tumeur sus-pubienne est un peu ramolli : légère réaction fébrile, sans frissons ; une nouvelle selle muqueuse, grisâtre et peu abondante.

31 août. — Le ramollissement, qui a commencé le 29 et augmenté le 30, est aujourd'hui bien marqué ; il siége au centre de la tumeur, surtout à droite de la ligne médiane, sur une étendue de 2 à 3 centimètres dans le sens vertical et de 4 à 5 dans le sens transversal ; à ce niveau, la peau présente une teinte légèrement rosée et le tissu cellulaire sous-cutané est un peu œdématié ; nous percevons de la fluctuation profonde ; la hauteur et la largeur de la tumeur ont augmenté de 1 centimètre ; il s'est produit sur les bords un léger empâtement inflammatoire. Au toucher rectal, la tumeur semble plus volumineuse, mais elle est aussi dure qu'au premier examen : seulement, la sensation d'ébranlement décrite ci-dessus est plus nette et se rapproche beaucoup de la sensation de flot. — Vingt-trois émissions d'urine dans la journée du 30; urine un peu foncée, normale d'ailleurs. Fièvre légère, sans frissons : absence de selles.

En présence de ces signes, nous estimons que le diagnostic de phlegmon prévésical suppuré est hors de doute et nous proposons au malade d'inciser la paroi abdominale au niveau des points ramollis, sur la ligne médiane.

Le malade accepte pour le lendemain.

1er septembre. — Même situation que la veille : au moment de l'opération, le malade prend peur et nous supplie d'attendre encore un jour : pas de selle.

2 septembre. — La tumeur sus-pubienne est manifestement moins saillante ; la rougeur de la peau et l'œdème du tissu cellulaire ont disparu ; le ramollissement et la fluctuation sont moins marqués : hauteur, 8 centimètres ; largeur, 13 centimètres ; ce sont les chiffres primitifs. Léger gargouillement dans la fosse iliaque droite, toujours empâtée et douloureuse. Le ventre, en dehors des régions précédemment atteintes, est souple et nullement douloureux. Au toucher rectal, pas de modifications appréciables, aucun point ne paraît ramolli ; le doigt semble pénétrer jusqu'au niveau du bord supérieur de la tumeur prérectale ; il ne donne lieu à aucun écoulement et ne ramène qu'un peu de mucus. Il n'y a pas eu de selle ; quinze émissions d'urine normale ; fièvre légère ; le malade se sent mieux que la veille.

3 septembre. — Nous trouvons de la crépitation gazeuse au-dessus du pubis, au niveau des points ramollis et le long du bord droit de la tumeur : cette crépitation se confond insensiblement avec le gargouillement déjà signalé dans la fosse iliaque droite et remontant jusqu'à la naissance du colon ascendant. Hauteur de la tumeur sus-pubienne, 7 centimètres ; largeur, 12 centimètres. La tumeur prérectale a un peu diminué de volume. Il n'y a pas encore de selle ; douze émissions d'urine normale ; fièvre à peu près nulle.

4 septembre. — Dans la nuit du 3 au 4, le malade a eu une selle composée de quelques matières fécales et d'un grand verre de pus gris jaunâtre, franchement phlegmoneux, légèrement fétide. Crépitation gazeuse sur toute l'étendue de la tumeur sus-pubienne ; hauteur, 6 centimètres ; largeur, 10 centimètres immédiatement au-dessus du pubis et 9 centimètres seulement à l'extrémité supérieure de la tumeur. Au toucher rectal, pas de modifications sensibles ; dix émissions d'urine normale.

Les 5, 6 et 7 septembre, le malade rejette encore du pus phlegmoneux par la voie rectale ; la quantité rejetée en ces trois jours peut être évaluée à un quart de litre.

Les 8 et 9 septembre, il n'y a pas de selles purulentes ; les selles ultérieures ne sont pas conservées par le malade, qui, se sentant hors de danger, est devenu moins obéissant à nos recommandations.

La tumeur phlegmoneuse diminue graduellement, tandis que persiste la crépitation gazeuse au-dessus du pubis et au niveau du cœcum. Le palper abdominal étant moins douloureux, il devient facile de sentir la tumeur sus-pubienne s'enfoncer dans le petit bassin.

Le 16 septembre, la tumeur sus-pubienne a disparu sur la ligne médiane et du côté gauche ; à droite, on trouve encore de l'empâtement profond et du gargouillement qui se prolonge dans le cœcum.

La diminution de la tumeur prérectale est beaucoup plus lente ; à la date du 16 septembre, nous constatons la persistance d'une masse dure et assez volumineuse.

A partir du 7 septembre, il y a eu de six à huit émissions d'urine par vingt-quatre heures.

Le malade commence à se lever le 17 septembre, et reprend peu à peu des forces. A un dernier examen, fait le 26 septembre, nous constatons que la région sus-pubienne et la fosse iliaque droite sont à peu près revenues à l'état normal ; à peine un peu d'empâtement douloureux au niveau de l'extrémité inférieure du cœcum ; mais il existe encore une plaque d'induration très manifeste en avant du rectum.

X... a pu reprendre son travail au milieu d'octobre, et nous savons qu'en ce moment (juillet 1883) il jouit d'une bonne santé.

Réflexions. — Nous n'insisterons pas sur un diagnostic qui nous paraît hors de doute, puisque tous les symptômes du phlegmon prévésical suppuré ont passé sous nos yeux.

M. le médecin-major Pierrot a constaté l'existence de la pérityphlite avant le développement du phlegmon ; il est donc naturel de considérer la seconde inflammation comme une conséquence de la première : cette opinion, confirmée par la marche que le pus a suivie pour se faire jour au dehors, est parfaitement en rapport avec les dispositions anatomiques de la région ; nous savons en effet que l'espace prévésical vrai se prolonge dans les fosses iliaques.

Si le phlegmon s'est développé malgré le peu d'intensité de la pérityphlite, cela doit tenir à la susceptibilité particulière de notre malade. Nous avons vu que X... a été atteint en 1881 d'accidents semblables à ceux que nous avons observés : comme il souffrait déjà à cette époque de constipation habituelle et ne présentait d'ailleurs aucune altération des organes contenus dans le petit bassin, il est permis de penser que le premier phlegmon a eu la même cause que le second.

Enfin, pour apprécier exactement la pathogénie de ce dernier, il faut retenir que les douleurs du bas-ventre ont commencé aussitôt après le débarquement du malade ; il se peut que les contractions violentes des muscles abdominaux, provoquées par le mal de mer, aient contribué dans une certaine mesure au développement de l'inflammation.

Nous avons admis l'évacuation de la collection purulente par le cœcum. Nous avons eu cette pensée le jour où nous avons été surpris par un affaissement aussi brusque que considérable de la tumeur phlegmoneuse. Puisqu'il ne s'était pas produit d'écoulement de pus au dehors, il fallait admettre ou que la tumeur était entrée en voie de résolution rapide ou que le pus s'était déversé dans une cavité voisine. La vessie ne pouvait entrer en ligne de compte, puisqu'il y avait des émissions d'urine normale. Le péritoine ne présentait aucun signe d'inflammation. Nous ne nous sommes pas arrêté à l'idée d'une

communication avec l'intestin grêle, à cause de l'absence de péritonite même localisée en dehors de la région cœcale. L'abcès aurait pu s'ouvrir à la partie supérieure de la tumeur prérectale, celle-ci étant assez volumineuse pour s'opposer à la sortie du pus ; mais, par le toucher rectal, nous avons atteint les limites supérieures de la tumeur et il ne s'est rien écoulé. Nous avons donc considéré comme très probable la communication du foyer purulent avec le cœcum, d'autant plus que nous constations un signe nouveau du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Cette communication a été rendue certaine pour nous par l'apparition successive des phénomènes suivants : crépitation gazeuse dans l'étendue de la tumeur sus-pubienne, crépitation grossière qui se confondait insensiblement avec le gargouillement de la fosse iliaque droite et qui doit être rapportée à la pénétration des gaz intestinaux dans le foyer purulent ; écoulement de pus par l'anus deux jours après l'affaissement de la tumeur ; persistance de la crépitation gazeuse et de l'induration inflammatoire au voisinage du cœcum.

Notre observation de 1880 nous a fourni un exemple caractéristique de phlegmon sous-musculaire ou prévésical sus-pubien ; celle-ci est un type de phlegmon prévésical vrai ou rétro-pubien. Si l'on excepte les troubles vésicaux, qui sont généralement plus marqués dans les phlegmons prévésicaux vrais, on trouve dans nos faits tous les symptômes qui nous ont servi à distinguer cliniquement les deux variétés d'inflammation.

Au Val-de-Grâce, la tumeur s'est développée sans cause apparente ; seulement le jeune homme qui la porte est un cavalier en train de faire ses classes ; il a dû soumettre ses muscles droits à des efforts et à des contusions répétés, et il est probable qu'un épanchement sanguin s'est produit à la face postérieure de ces muscles.

A Sfax, le phlegmon est consécutif à une pérityphlite, c'est-à-dire à l'inflammation d'un organe renfermé dans les dépendances de l'espace prévésical vrai.

Chez notre soldat, la grosse extrémité de la tumeur est en haut et la petite en bas sur le pubis ; la différence dans la largeur des deux extrémités est peu marquée à la période aiguë des accidents phlegmoneux ; elle augmente dans la suite, au détriment de l'extrémité inférieure, car l'induration inflammatoire tend à prendre en se résolvant la forme même de la gaine musculaire dans laquelle elle est contenue. Par le palper abdominal, il est d'abord impossible de décider si la tumeur s'arrête sur la symphyse pubienne ; mais, quelques jours après l'ouverture de l'abcès, on s'assure par ce moyen d'exploration qu'il n'existe pas de prolongements dans le petit bassin.

Chez le Sicilien X..., la tumeur sus-pubienne présente d'abord sa plus grande largeur à égale distance des deux extrémités supérieure et inférieure ; mais, dès que le pus s'est écoulé au dehors, la tumeur devient sensiblement plus étroite en haut qu'en bas. Au palper abdominal, il est probable dès le début et certain plus tard que la tumeur pénètre dans le petit bassin.

Le diagnostic différentiel repose surtout sur les résultats fournis par le toucher rectal. Eh bien ! que constatons-nous ? Dans le premier cas, c'est une sensation d'induration plus ou moins éloignée pendant la période d'accroissement de la tumeur ; cette sensation disparaît après l'ouverture de la collection purulente.

Dans le second cas, on rencontre une tumeur qui fait saillie dans le rectum et remplit le petit bassin ; cette tumeur persiste après l'écoulement du pus ; l'induration persiste encore après que la tumeur sus-pubienne a complètement disparu.

De plus, chez notre Sicilien, nous avons trouvé un signe qui n'a pas été, croyons-nous, indiqué dans les observations de phlegmons prévésicaux ; nous voulons parler de ce sillon vertical et médian qui divisait la tumeur prérectale en deux masses latérales ; ce sillon s'explique par la condensation plus grande du tissu cellulaire entre la vessie et le rectum que sur les côtés de ce dernier organe. On devra donc retrouver fréquemment ce caractère dans le cas de phlegmons prévésicaux rétro-pubiens, et il ne saurait appartenir aux phlegmons sous-musculaires.

Enfin la nature du pus qui s'est écoulé de nos tumeurs est entièrement favorable à l'opinion que nous avons émise sur l'étiologie différente des deux variétés de phlegmons ; le pus était sanguinolent chez notre soldat du Val-de-Grâce ; il est franchement phlegmoneux, gris jaunâtre, chez le Sicilien de Sfax.

REVUE CRITIQUE

LA NOTION ACTUELLE DU TUBERCULE ET DE LA TUBERCULOSE.

Suite. — Voir le numéro précédent.

III.

Koch, qui (il ne faut pas l'oublier, surtout parce que nous sommes Français) le premier fit des cultures de la bactéridie charbonneuse, a mis hors de conteste l'existence du bacille au sein des lésions tuberculeuses ; il a su l'isoler, le faire germer et le cultiver dans le sérum gélatinisé et stérilisé, et montrer que le produit de ses cultures donne naissance à des inoculations en série toujours fertiles, caractérisées par des éruptions confluentes et comme massives, probablement à cause de l'abondance du microbe dans le matériel d'inoculation employé. Les résultats annoncés par Koch ont été vérifiés par une série d'observateurs et d'expérimentateurs ; la répartition du bacille au sein des tissus morbides a commencé à préoccuper les anatomo-pathologistes, notamment en France MM. Cornil et Babès. Ehrlich a donné une bonne technique pour la recherche du microbe et, grâce à lui, cette recherche a déjà commencé à entrer dans la pratique. Bref, la prophétie de Cohnheim est accomplie, on a dégagé l'élément essentiel du virus tuberculeux. Quand désormais les cliniciens renouvelleront leur question ancienne : *Où est le tubercule ?* la science moderne pourra leur répondre : *Le tubercule est là où est le « bacillus tuberculosus ».*

Mais le tubercule n'est-il que là ? telle est la question qui, presque immédiatement après la solution apparente du problème, est de nouveau venue le remettre en litige, et le montrer par l'un de ses côtés les plus originaux, j'allais dire les plus cliniques, on verra pourquoi tout à l'heure.

Toussaint (1), dont les études sur la tuberculose sont bien connues, avait obtenu avant Koch des liquides de culture qui, inoculés en séries nombreuses, donnaient invariablement la tuberculose aux animaux mis en expérience. Dans ces liquides de dixième ou douzième culture, par exemple, il n'y avait rien que des coccus, des parasites sphérulaires et point de

(1) COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, 1881

bacilles. J'eus entre les mains les liquides de Toussaint et je pus vérifier l'exactitude de ses assertions. La découverte du bacille par Koch lui fut annoncée par moi et excita son étonnement au plus haut point. Serait-il donc possible que le corps étranger vivant qui fait le tubercule infectieux, qui le construit par son action propre, fût ici un bacille et là un coccus? Y aurait-il *multiplicité* des agents infectieux *représentés par des corps étrangers vivants à action similaire?*

Telle est la nouvelle face du problème, et il faut reconnaître que les expériences toutes récentes de Malassez et Vignal (1) tendent à l'éclairer d'un nouveau jour. Ces expérimentateurs prélèvent un nodule tuberculeux sur un enfant mort de granulie, formé incontestable et la plus grave de l'infection tuberculeuse. En l'inoculant en séries, ils ne trouvent, au sein des lésions tuberculeuses typiques, que des *zoogleas* et pas un bacille. Ces zoogleas existent exclusivement dans un nombre relativement considérable d'inoculations successives; puis, dans les lésions survenues sur un terme éloigné de la série, quelques bacilles de Koch se montrent parmi les amas de zooglées. De semblables résultats, tout provisoires qu'ils soient encore, me semblent avoir dans l'espèce une portée qui pourtant est de premier ordre. De deux choses l'une : ou, à côté de la tuberculose *bacillaire*, il en existe une *zoogléique*, c'est-à-dire que le processus tuberculeux peut être mis en train par deux corps étrangers vivants d'espèce différente; ou le parasite est unique, mais *polymorphe* à la façon de certains végétaux inférieurs. Dans les deux cas, la conception actuelle de la tuberculose est touchée dans ses œuvres vives et il faut admettre non *une tuberculose*, mais *des tuberculoses*, notion qui cadre parfaitement avec les données de l'expérience clinique, et qui ne conduit pas à la dualité proprement dite, mais à la distinction et à la séparation possible des types et des formes.

Partout en effet où existe le follicule tuberculeux de Kœster, on est en droit d'admettre la présence du corps étranger apte à le construire; mais il reste établi que, dans nombre de cas où l'on trouve le follicule tuberculeux type, le *bacillus tuberculosus* n'existe pas au sein de l'édification nodulaire, ou ne s'y trouve qu'exceptionnellement. C'est ainsi que dans les fongosités des tumeurs blanches, la présence du bacille est l'exception. C'est exceptionnellement aussi que, dans le lupus, on trouve des bacilles de Koch; mais, en outre, les dernières recherches faites à ce sujet par Cornil et Leloir ont fait naître une idée nouvelle et qui n'est pas sans intérêt. La tuberculose, pauvre en bacilles, qui constitue le lupus, n'est pas inoculable à coup sûr; mais certaines inoculations réussissent et mettent en train, chez l'animal en expérience, une tuberculose bacillaire normale, quoique à très lente évolution, et procédant à la façon des maladies virulentes déterminées par l'inoculation de virus très atténués. C'est ce que fait judicieusement remarquer mon ami Grancher (2), et il ajoute que la scrofule, dont les lésions sont anatomiquement tuberculeuses, pourrait bien être aussi, comme le lupus, une tuberculose atténuée, dans laquelle, à la fois, le virus et le terrain de culture qui lui est fourni par l'organisme seraient dans un état particulier, différent de celui où ils sont dans les formes très infectieuses.

La clinique a de tout temps montré des différences grandes entre les diverses formes de tuberculisation qu'on peut observer. Au point de vue de l'évolution, combien une granulie ne diffère-t-elle pas d'une phthisie rapide, catarrhale ou broncho-pneumonique; et cette dernière d'une phthisie vulgaire; et la phthisie vulgaire d'une phthisie fibreuse torpide?

Quelle est enfin la raison des tuberculoses localisées, comme les appelle Klebs, dans les articulations, le système osseux, les organes génitaux? Pourquoi des lésions tuberculeuses types, développées au maximum dans les deux capsules surrénales, et produisant une maladie d'Addison mortelle terminée par un catarrhe suffocant, sont-elles restées, dans un cas que j'ai observé, cantonnées dans les capsules et n'ont-elles semé dans l'organisme affaibli ni dans le poumon malade aucun nodule tuberculeux (1)? Tous ces faits, dont on pourrait poursuivre l'énumération jusqu'à la rendre fastidieuse, appellent de nouvelles et, je crois, bien intéressantes recherches.

Il s'agit en effet maintenant de savoir si le virus tuberculeux est polymorphe de par des différences d'espèce, ou de par une sorte d'allotropisme d'un unique agent infectieux; si les *cocci* de Toussaint, les *zoogleas* de Malassez et Vignal, le *bacille* de Koch, représentent différents états d'un même agent ou des corps étrangers vivants tuberculisateurs d'essence différente. Dans la solution de ce nouveau problème, celle de la distinction des formes cliniques de la tuberculose est implicitement renfermée.

Il est en effet possible que, sous telle ou telle forme, le corps étranger tuberculisateur soit plus ou moins virulent, aime de préférence tel tissu ou tel organe comme milieu de pullulation et de culture, soit plus ou moins apte à se cantonner ou au contraire à se répandre. La question de la quantité du virus n'offre pas un moindre intérêt. Comment se comportent les lésions *paucibacillaires?* Sont-elles l'apanage exclusif des tuberculoses localisées ou locales? Enfin, dernière et importante question soulevée par M. Paul Bert, vaccinent-elles?

Il est bien difficile de prévoir quelle réponse la médecine expérimentale fera à la demande de M. Paul Bert; mais ce qu'on sait aujourd'hui cliniquement et histologiquement de la tuberculose n'est pas très favorable à l'idée d'une vaccination possible. On sait que la variole préserve de la variole, la rougeole de la rougeole. Pour la variole, il y a un vaccin, il peut y en avoir un pour la rougeole. Mais on sait positivement que la poussée tuberculeuse ne vaccine pas. Bien au contraire, le principal danger auquel soit exposé un tuberculeux guéri d'une première atteinte, c'est de redevenir tuberculeux. La tuberculose une fois insérée sur un organisme et localisée sur un point tend sans cesse à se répandre par colonies de proche en proche, comme l'avait indiqué Villemin et comme l'a répété Volkmann à propos des tumeurs blanches. Sur un même sujet, elle procède par poussées successives dont souvent l'une est guérie avant l'explosion de la seconde. Et il n'est pas rare de rencontrer, chez un ancien tuberculeux, des traces d'une poussée infantile marquée par des ganglions mésentériques caséeux, des lésions chroniques des poumons survenues dans la jeunesse, et des lésions récentes de granulie ou des pneumopathies tuberculeuses exanthématiques, qui ont terminé par la mort la série des assauts tuberculeux, répartis sur un long espace de temps et restés distants entre eux. La tuberculose supposée la plus atténuée, celle du lupus par exemple, ne met pas, les faits en font foi, le lupeux à l'abri de la gra-

(1) COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 5 mai 1883.

(2) CORNIL ET LELOIR, *Rech. expérimentales et histologiques sur le lupus* (C. R. DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 4 août 1883. — Séance du 28 juillet) et SEMAINE MÉDICALE, n° 32, p. 195 (discussion).

(1) J. RENAUT. *Obs. pour servir à l'histoire de la maladie d'Addison et des tuberculoses locales.* — ARCH. DE PHYSIOLOGIE, 1881.

nulité et de la phthisie. Dans une autopsie quelconque, hors le cas de la granulie qui tue d'un coup, l'on rencontre constamment des lésions tuberculeuses d'âge différent. Si le microbe tuberculeux vaccine, pourquoi donc cette série d'averses tuberculeuses successives et séparées les unes des autres souvent par un long espace de temps? Pour ma part, il m'en coûte de le dire, mais je ne pense pas que l'on trouve contre la tuberculose un virus vaccin. Le virus tuberculeux étant polymorphe, sinon peut-être spécifiquement, du moins allotropiquement, la série des corps étrangers vivants capables d'édifier les lésions tuberculeuses doivent avoir chacun leur terrain de prédilection. Ces terrains peuvent et doivent être analogues, mais un peu différents cependant les uns des autres, et aptés à insérer successivement ou la zoogloea, ou le bacille, ou les parasites mal déterminés de Toussaint, etc., reproduisant par une série de coups la tuberculose dans ses différentes formes cliniques. Dans cette conception, la tuberculose locale ou restée localisée et qui guérit, se réduit à la lutte de l'organisme avec un microbe, lutte terminée par la mort ou l'emprisonnement de ce dernier dans une région déterminée; la granulie est le triomphe immédiat et définitif du microbe. Entre ces deux termes extrêmes se placent la scrofule, la phthisie torpide, la phthisie vulgaire, la phthisie rapide avec ses formes bronchiques, broncho-pneumoniques et pneumoniques. Sans cesse assailli par une série de corps étrangers phymatogènes, l'organisme ou se défend victorieusement, ou à moitié, ou enfin succombe, et peut-être n'a-t-il dominé une forme de virus que pour devenir mieux accessible aux autres, qui continuent pour ainsi dire à pleuvoir sur lui, dans les cas dits de « tuberculose héréditaire », terme qui ne signifie absolument rien, si ce n'est que l'on a alors affaire à un organisme absolument dépourvu de résistance aux virus tuberculeux, et dont tous nous sommes, dans l'état de civilisation et d'agglomération actuelles, entourés de toute part et comme imprégnés.

J. RENAUT.

(*A suivre.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences

DOUZIÈME SESSION

CONGRÈS DE ROUEN

Section de médecine. — Présidence de M. DUPLOUY.

Suite. — Voir les numéros 34 et 35.

M. MAGNAN (de Paris) lit un mémoire sur *Des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté.*

Les hallucinations affectent habituellement les deux moitiés symétriques du même sens, c'est-à-dire que l'halluciné, comme l'homme normal, entend des deux oreilles, voit des deux yeux, perçoit, en un mot, par les deux côtés, les images subjectives qu'il extériorise. Dans quelques circonstances, ainsi que Calmeil, Moreau, Michéa et bien d'autres l'ont signalé, l'hallucination est unilatérale et frappe l'une des deux parties similaires de l'appareil sensoriel. C'est par un œil, par une oreille, par un côté du corps que le patient se trouve influencé. Enfin, dans quelques cas plus rares, l'hallucination est bien bilatérale, mais elle se montre avec des caractères qui varient suivant le côté: l'oreille droite, par exemple, entend des choses agréables, tandis que par l'oreille gauche n'arrivent que des injures. C'est là un phénomène curieux qui mérite de fixer l'attention aussi bien au point de vue de la clinique que de la physiologie pathologique, et, sous ce rapport, on le rapprochera avec fruit des expériences auxquelles se prête l'hystérie dans les différents états d'hypnotisme.

L'un des malades, atteint de délire chronique, en proie d'abord à des idées de persécution, a commencé à entendre, par l'oreille gauche, des propos grossiers : « *Tête de cochon; hure de cochon; bon à tuer; fainéant...* »

C'est de ce côté que le diable lui parle plus tard et que se trouve le mauvais génie. Peu à peu, au milieu des idées tristes, se font jour des préoccupations d'un autre ordre; il va, dit-il, hériter d'une grande fortune, il fait des découvertes astronomiques, etc... et des hallucinations agréables, des encouragements, des éloges, se font entendre par l'oreille gauche. Dieu, parlant de ce côté, lui conseille de persister dans le bien. C'est à gauche que se tient le bon génie. Parfois il entend un bruit de *sonn rie*: quand la sonnerie se produit à droite, il lui arrive quelque chose de fâcheux; quand elle est à gauche, c'est l'indice d'une bonne nouvelle. Le bon et le mauvais génie forment ainsi une sorte de manichéisme qui le gouverne.

Chez trois autres malades, les hallucinations à caractère ambitieux résident à droite, tandis que les hallucinations pénibles se montrent à gauche.

Tous ces faits sont une nouvelle preuve du dédoublement et de l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux; ils apportent ainsi un nouvel appui à la théorie mise en avant par Tamburini qui donne pour siège aux hallucinations les centres sensoriels de l'écorce. La physiologie expérimentale et les observations déjà assez nombreuses de cécité et de surdité psychiques militent dans le même sens.

Après avoir fait ressortir l'importance de tous ces faits au point de vue du mécanisme cérébral, M. Magnan donne les conclusions suivantes :

1° Les hallucinations bilatérales de caractère différent, suivant le côté affecté, sont indépendantes d'une altération locale des organes périphériques ;

2° Elles ne diffèrent des autres hallucinations ni par leur mode d'apparition, ni par leur évolution, ni par leurs caractères généraux ;

3° Elles sont une nouvelle preuve du dédoublement et de l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux et elles désignent comme siège organique les centres sensoriels de l'écorce ;

4° Les expériences dans les différents états d'hypnotisme de l'hystérie corroborent de tous points les résultats de la clinique.

— M. DUMESNIL, professeur de clinique, lit un mémoire très intéressant sur l'*Application de la colotomie au traitement des fistules vésico-intestinales.*

Après avoir parlé des applications de la colotomie tant en France qu'à l'étranger et surtout en Angleterre, l'auteur déclare ne pouvoir s'occuper dans son travail que de la colotomie dans le traitement des fistules vésico-intestinales accidentelles dues à des causes communes, laissant de côté les malformations congénitales, les fistules traumatiques et celles d'origine diathésique.

L'auteur a eu l'occasion de pratiquer la colotomie lombaire par le procédé d'Amussat (incision parallèle à la crête iliaque) chez une femme atteinte d'une fistule vésico-intestinale consécutive à une fausse couche de cinq mois.

Les suites en furent simples; les matières fécales reparaissant de temps à autre dans l'urine, M. Dumesnil eut l'idée d'oblitérer le bord inférieur en avivant le pourtour de l'anus artificiel, mais la malade fut enlevée par une péritonite au septième jour.

Cette application est peu connue en France. Blanquinque, dans sa thèse inaugurale en 1870, n'en fait aucune mention, et cependant elle avait été plusieurs fois appliquée en Angleterre depuis 1868.

Pithà et Billroth en font une courte mention. Bryant (*Traité de*

chirurgie) en relate quatre cas personnels. En réunissant ceux de Van Erkelem (ARCH. LANGENBECK, XXII° volume) et quelques autres publiés dans les journaux anglais, M. Dumesnil arrive à une statistique de treize cas.

La communication a lieu par ordre de fréquence avec l'S iliaque, le rectum, le cœcum, l'intestin grêle.

Elle est le plus souvent consécutive à l'ulcère simple, à la dysentérie, aux cellulites pelviennes, etc.

La disposition de l'orifice de communication est variable : ordinairement, elle affecte une disposition valvulaire empêchant le passage de l'urine dans l'intestin.

L'intervention est justifiée en raison des complications possibles du côté des reins et de la vessie. La survie est exceptionnelle, quoiqu'elle ait été constatée (cas de Blanquinque, de Richerand et Cloquet).

La guérison spontanée a été également démontrée dans les cas de J.-L. Petit, Laugier, Guibout, Berton (cités par Blanquinque), celui de Marin (rapporté par Vinkel dans Pitha et Bilroth) et celui de Duchaussay (cité par Dumesnil).

Le fait capital, au point de vue du diagnostic, est relatif à la détermination du siège exact.

Toutes les fistules ne sont pas opérables : celles qui portent sur l'intestin grêle sont dans ce cas.

Au point de vue du résultat opératoire, M. Dumesnil conclut à 7 cas heureux sur 13, mais ne connaît pas d'exemple de guérison complète avec cicatrisation du trajet fistuleux et rétablissement du cours des matières intestinales par le bout inférieur.

Le plus grand obstacle à la guérison est la réapparition des matières dans l'urine, et c'est ce qui a déterminé l'auteur à faire une opération complémentaire dans le cas déjà cité.

L'opération a toujours été faite par le procédé d'Amussat, sauf dans le cas de Ballane.

Une grande difficulté tient à l'existence d'un méso-colon ; l'auteur a trouvé cette disposition à l'amphithéâtre sept fois sur douze.

M. Dumesnil conclut en disant que la colotomie constitue une ressource précieuse contre les fistules vésico-intestinales ; elle substitue à une maladie pénible et menaçante pour la vie des malades une infirmité compatible avec l'existence et très supportable. Il y a tout lieu de croire qu'elle peut conduire à une guérison radicale.

M. CAUCHOIS (de Rouen) a eu l'occasion d'observer deux cas de guérison spontanée de fistule vésico intestinale ; il pense dès lors que la colotomie doit avoir des applications fort restreintes, et demande à M. Dumesnil s'il est possible de déterminer les cas où la guérison est impossible et l'intervention nécessaire.

M. Dumesnil déclare le problème complexe et impossible à résoudre par des règles fixes.

Pour lui, la guérison spontanée sera toujours exceptionnelle ; on pourra l'espérer quand la fistule est étroite (cas de J. Petit et Laugier), creusée au milieu d'exsudats inflammatoires susceptibles de rétraction.

Enfin on ne devra y compter que dans un délai difficile à préciser. M. Dumesnil pense qu'on devra opérer si la fistule remonte à un an ou deux et si elle donne lieu à des troubles fonctionnels pénibles

M. VERNEUIL saisit l'occasion pour rappeler qu'il a toujours préféré l'anus inguinal à l'anus lombaire, qu'il croit beaucoup plus difficile. L'ouverture de la cavité péritonéale est à craindre, et les recherches cadavériques de M. Dumesnil ne font que confirmer cette manière de voir.

— M. GAURAN (de Rouen) lit une *Observation d'anévrysme orbitaire double guéri spontanément.* L'autopsie qui put être pratiquée 3 ans après ne révèle aucune trace de fracture ancienne de la base et de l'orbite. Le sinus et la veine ophthalmique sont intacts. La carotide interne ne présente aucune solution de continuité. En somme, le résultat de l'autopsie est absolument négatif. L'auteur formule les conclusions suivantes :

L'absence de toute lésion osseuse de la base du crâne et de l'orbite ainsi que de la carotide interne, des sinus, des veines ophtalmiques d'une part.

D'autre part, le développement rapide de l'exorbitis et son apparition successive sur les deux yeux ; l'irréductibilité des globes oculaires ; les phénomènes de compression rétro-bulbaire dévoilée par l'œdème rétinien, et enfin la guérison spontanée, nous portent à croire qu'il ne s'agissait réellement que d'une extravasation sanguine de la base du crâne avec pénétration et enkystement du sang dans la cavité orbitaire.

En présence de cette étiologie nouvelle de l'exorbitis, l'auteur pense que toute cause déterminant à la fois une augmentation du contenu de l'orbite et en même temps la compression de la carotide interne peut produire les symptômes de l'anévrysme orbitaire.

— M. BOUCHUT (de Paris) fait une communication sur l'*Influence de la névralgie intercostale sur la cardialgie.* Bien souvent on voit apparaître, chez des femmes atteintes de névralgie intercostale, des accidents cardialgiques simulant l'angine de poitrine.

Ces accidents sont caractérisés par des palpitations, de l'anxiété précordiale, des suffocations, de l'irrégularité du pouls sans phénomènes douloureux dans le bras gauche comme on l'observe dans l'angine de poitrine.

L'auteur n'a jamais pu observer, chez ces femmes, de lésion cardiaque : il n'y avait pas d'antécédents hystériques. Ces accidents se produisaient sous l'influence de la chaleur, des émotions morales et surtout d'une pression trop forte exercée par le corset, surtout quand la pression avait son maximum sur l'espace intercostal, siège de la névralgie.

Ces faits sont importants à signaler puisqu'ils s'observent en l'absence de cardiopathie.

Pour établir la relation précitée, il sera nécessaire de rechercher les points douloureux de la névralgie.

Si on trouve les deux points, il faudra admettre la névralgie : si le point antérieur existe seul, on devra surtout penser à la cardialgie.

Ces cardialgies sont d'ordre réflexe : l'irritation produite par la compression du corset sur un nerf antérieurement malade retentit sur le bulbe et de là sur les origines du pneumogastrique ; c'est l'irritation des branches d'origine de ce nerf qui produit les accidents.

M. Bouchut invoque, à l'appui de cette interprétation, les faits connus d'angine de poitrine produit par l'excitation d'un nerf périphérique plus ou moins éloigné du thorax. Il cite un fait personnel relatif à un général dans la botte duquel son domestique avait laissé tomber une large décoration. Cet officier dut garder sa botte toute la journée, mais en rentrant, il eut des symptômes d'angine de poitrine.

Le traitement de ces accidents consiste à éviter les causes diverses d'irritation nerveuse : au moment de l'accès, il est indiqué de faire des injections morphinées à la dose de 1/4 de centigramme environ.

M. POTAIN, tout en considérant ces accidents comme voisins de l'angine de poitrine, insiste pour qu'on les en distingue sous peine de ranger sous le nom d'angine de poitrine, maladie encore mal connue, mais bien définie au point de vue symptomatique, l'ensemble des accidents nerveux cardiaques, dont quelques-uns sont loin de présenter la gravité de l'angine de poitrine vraie.

M. Potain conseille donc de réserver aux accidents bénins dont parle M. Bouchut la dénomination proposée par lui, de cardialgie ou cardiopathie.

M. Bouchut fait remarquer qu'il a justement eu soin, dans sa communication, de bien distinguer ces accidents de l'angine de poitrine.

— M. le docteur Respaut (de Paris) lit un travail intitulé : *l'Epileptique ; le magistrat et le médecin.*

L'auteur n'admet pas, contrairement à la plupart des auteurs,

que le délire épileptique puisse être conscient. — « Le caractère essentiel, le génie du délire épileptique est l'inconscience. »

L'erreur commise par les auteurs vient de ce qu'ils n'ont pas vu la coexistence de l'épilepsie et de la vésanie chez un même individu, de sorte qu'ils ont attribué souvent à l'épilepsie un délire vésanique par qui, on le sait, est conscient.

La première indication pour le médecin expert sera donc de rechercher « l'inconscience». Il devra employer tous ses soins à cette recherche. Il peut, en effet, se trouver devant un simulateur et aussi devant un « conscient par persuasion ».

Une fois l'inconscience reconnue, le médecin puisera dans les antécédents personnels du malade au double point de vue des manifestations somatiques et psychiques du mal caduc.

Les antécédents héréditaires pourront lui fournir des renseignements précieux.

Quant aux caractères de l'acte lui-même qu'on a dit *violent, instantané, non motivé*, les faits démontrent que la violence et l'instantanéité manquent souvent. Le caractère de *non motivé* doit être effacé au plus tôt.

L'acte, en effet, n'étant que la reproduction inconsciente de l'état cérébral, le magistrat peut trouver dans le passé de l'inculpé un acte ou une idée analogues *conscients* et affirmer alors la préméditation.

Le diagnostic peut encore être précisé davantage en remontant de l'acte incriminé *inconscient* à l'origine consciente de cet acte.

— M. Nicaise (de Paris) lit une note très intéressante sur *la Pathogénie des kystes dermoïdes*.

Depuis longtemps les travaux de Verneuil, Broca, Roser, ont établi l'origine branchiale des kystes dermoïdes de la queue du sourcil, au niveau de la fente fronto-maxillaire ou fronto-orbitaire.

« Il y a, dit M. Verneuil, anomalie dans la réunion et la fusion de quelques parties du tégument, primitivement séparées par des fissures. »

Par contre, le mode de formation des parois est mal connu : si dans quelques cas, comme l'a indiqué Cusset dans sa thèse, il y a emprisonnement d'un cul-de-sac cutané, il n'en est pas toujours de même. L'auteur a eu l'occasion d'observer récemment un de ces kystes : la membrane d'enveloppe examinée par MM. Damaschino et Gille de La Tourette ne présentait la structure de la peau que dans une partie de son étendue ; le reste était constitué par une simple membrane cellulo-fibreuse ; déjà plusieurs fois M. Nicaise avait remarqué le peu d'étendue de la portion dermoïde.

Dans un cas de kyste canaliculé du plancher de la bouche, présenté à la Société de chirurgie en 1881, l'auteur avait trouvé un canal dermoïde étendu de la symphyse à la tumeur qui siégeait au niveau de la face inférieure de la pointe de la langue ; les parois de la poche étaient cellulo-fibreuses.

C'est là un phénomène du même ordre : dans l'observation actuelle, il y a eu inclusion d'un simple lambeau cutané dont les produits de sécrétion, en refoulant les tissus voisins, ont formé un kyste constitué, dans une partie de son étendue, par la peau.

Le fait signalé aussi par M. Heurtaux n'avait pas reçu jusqu'à présent sa vraie signification.

En résumé, il existe des kystes dermoïdes non formés par l'inclusion d'un sac de peau, mais d'un simple lambeau cutané qui sert à constituer une partie de la poche dont l'autre est produite par le refoulement des tissus sous l'influence de la sécrétion de la portion incluse.

PICQUÉ.

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 août 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

Sur les plaquettes du sang, de M. *Bizzozero*, et sur le troisième corpuscule du sang, ou corpuscule invisible, de M. *Norris*. Note de M. G. Hayem, présentée par M. Vulpian.

On sait que je considère les petits éléments du sang, auxquels j'ai donné le nom d'*hématoblastes*, comme étant à la fois les premières formes des hématies chez l'adulte et les agents de la coagulation. Depuis quelques années, on se préoccupe également, à l'étranger, de l'histoire anatomique et physiologique des éléments du sang, et l'on a introduit dans la science des mots nouveaux qui, appliqués aux mêmes objets, peuvent prêter à la confusion. Il me paraît donc indispensable, pour bien préciser le sujet des recherches que j'ai déjà communiquées à l'Académie des sciences, et que je poursuis encore actuellement, de présenter sur ces travaux étrangers quelques courtes observations.

I. Dans une série de publications dont la première remonte au mois de janvier 1882, M. Bizzozero a appelé vivement l'attention sur l'existence dans le sang de petits corpuscules, qu'il désigne sous le nom de *plaquettes*. Comme cet observateur intitule son travail : *Sur un nouvel élément morphologique du sang chez les mammifères et sur son importance dans la thrombose et dans la coagulation* (Archives italiennes de biologie, t. I, fasc. 1), on pourrait croire que ces plaquettes avaient jusqu'à présent échappé à l'observation. Il résulte cependant de la description de l'auteur qu'elles ne sont autres que les éléments que j'ai minutieusement étudiés, sous le nom d'*hématoblastes*.

Divers anatomistes avaient déjà aperçu dans le sang des corpuscules de matières protéiques distincts des globules blancs et des hématies, lorsque, en 1877, je fis connaître mes premières recherches. Je citerai notamment Max Schultze et M. Vulpian comme ayant certainement vu les hématoblastes ; mais ces observateurs n'en avaient pas reconnu les caractères exacts et ne les avaient pas considérés comme des éléments morphologiques.

Je crois avoir établi que les hématoblastes sont bien réellement des éléments figurés, et récemment j'ai réussi à y démontrer la présence d'un noyau nucléolé, particularité importante qui ne peut laisser aucun doute sur leur signification (*Contribution à l'étude de la structure des hématoblastes et des hématies* (Gazette médicale, 20 août 1881) ; *Des globules rouges à noyau dans le sang de l'adulte* (Archives de physiologie, 31 mars 1883). J'ai fait voir de plus que, pour les observer dans leur véritable forme, il faut, à cause de leur vulnérabilité extrême, les fixer par des procédés divers au moment même où ils sortent des vaisseaux.

Le nouvel élément de M. Bizzozero était donc déjà connu depuis plus de quatre ans lorsque cet auteur en annonça la découverte. J'ajoute que, tout en lui donnant le nom d'*élément*, il le considère comme un corpuscule non défini histologiquement et que, par suite, son travail fait faire à la question un pas en arrière qui nous ramène à l'époque antérieure à mes communications sur ce sujet.

M. Bizzozero a reconnu que ces *plaquettes* sont d'une extrême vulnérabilité, qu'elles ont une tendance à s'agglutiner entre elles, à adhérer aux corps étrangers, à former, hors de l'organisme et lorsque le sang se coagule, des amas qui, après s'être profondément modifiés, deviennent le point de départ de la coagulation du sang ; que, en un mot, « ce dernier phénomène est soumis à l'influence directe des petites plaques du sang ».

L'auteur italien attachant également à ces dernières observations la valeur d'une découverte, je crois devoir faire remarquer que toutes les propriétés qu'il attribue aux plaquettes sont celles que j'ai décrites en détail à propos des hématoblastes et de l'intervention de ces éléments dans la coagulation du sang.

De mes premières publications, qui remontent aux années 1878 et 1879, j'ai énoncé sur la formation du caillot et sur les rapports étroits qui relient le processus de coagulation à la confluence et aux altérations des hématoblastes, l'opinion qui a été rééditée par M. Bizzozero « *Sur la formation de la fibrine étudiée au microscope* (COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, 7 janvier 1878). *Des hématoblastes et de la coagulation du sang* (REVUE INTERNATIONALE DES SCIENCES, 1878). *Recherches sur l'évolution des hématies dans le sang de l'homme et des Vertébrés* (ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOL., 1878-1879) ».

En France, d'ailleurs, les idées que je professe sur ce point de la physiologie du sang ont été résumées depuis plusieurs années déjà dans les ouvrages classiques, ainsi qu'en témoignent la page 288 du *Traité de Chimie physiologique* de M. A. Wurtz (Paris, 1880) et les pages 437 et 438 du *Traité de physiologie* de M. Béclard (Paris, 1880).

Le rôle que fait jouer M. Schmidt, dit M. Béclard, aux globules blancs ou leucocytes dans la coagulation, M. Hayem l'attribue à cette troisième espèce d'éléments figurés du sang qu'il a décrits sous le nom d'*hématoblastes*.

C'est exactement la conclusion formulée par M. Bizzozero à propos de la part prise par ses « plaquettes » dans l'acte de la coagulation.

II. Les études poursuivies en Angleterre par M. Norris sont venues rendre plus confuse encore, du moins en apparence, l'histoire de l'évolution des hématies. Cet auteur croit, en effet, avoir établi qu'il existe dans le sang un corpuscule invisible à cause de sa pâleur et de sa faible réfringence. Corpuscule qui, en se colorant par de l'hémoglobine, deviendrait un globule rouge.

Lorsque M. Bizzozero émit, lui aussi, la prétention d'avoir découvert un troisième corpuscule du sang, M. Norris rappela l'antériorité de ses recherches. Comme les plaquettes de l'histologiste italien sont, nous venons de le voir, les hématoblastes, il semblerait donc que trois noms différents ont été appliqués à la désignation du même élément. Il importe de savoir qu'il n'en est rien. M. Norris, qui, dans les planches accompagnant son travail, a fait preuve de talent comme photographe, ne paraît pas avoir une connaissance exacte de la facilité avec laquelle l'hémoglobine des hématies se dissout dans le plasma ou dans les liquides additionnels. Il m'a été facile de reconnaître, comme Mme Hart l'a d'ailleurs parfaitement établi, que le corpuscule invisible est un produit artificiel, résultant des manipulations diverses auxquelles le sang est soumis par M. Norris. Le corpuscule dit invisible est un globule rouge décoloré ; il est sans rapport aucun avec les hématoblastes et il reste absolument étranger au processus de coagulation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 septembre 1883. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note sur une épidémie de variole observée dans le Sud oranais pendant le quatrième trimestre, et sur les vaccinations et revaccinations pratiquées à cette occasion, par M. Linon, médecin-major.

2° Un pli cacheté déposé par M. Castelain. (Accepté.)

M. GIRAUD-TEULON lit un travail intitulé : *Étude rétrospective sur les progrès réalisés dans l'histoire des mécanismes de la locomotion chez l'homme par la méthode des inscriptions graphiques* de M. le professeur Marey.

Dans son introduction, l'auteur met en parallèle les méthodes classiques formant les seules ressources dont fût en possession l'ancienne physiologie, pour établir le tableau et déterminer les mécanismes des principales formes de locomotion en biologie, et la nouvelle méthode de l'enregistrement autographique des mouvements eux-mêmes, due au professeur Marey. Il rappelle tout le parti qu'a su en tirer M. le docteur Carlet pour l'établissement définitif des lois qui président à l'accomplissement de la marche chez l'homme, et il se félicite de la confirmation d'ensemble qu'apporte ce travail important aux principales conclusions formulées sur ce point dans son propre *Traité de mécanique animale*, publié en 1858.

Dans le second paragraphe, l'auteur étend aux actes de la course et du saut cette même étude comparative ; après avoir reproduit la doctrine du professeur Marey, relativement à ces deux modes de mouvement, il expose les nombreuses contradictions que cette doctrine et les graphiques sur lesquels elle est fondée lui semblent offrir entre eux et avec les données de l'observation générale.

Dans un troisième paragraphe, l'auteur insiste plus particulièrement sur un des points les plus importants du mécanisme de la course et du saut, à savoir le principe dynamique auquel, dans ces deux actes, serait due, suivant M. Marey, la séparation momentanée du corps et du sol, et s'attache à en montrer l'entière insuffisance.

Enfin, dans le quatrième et dernier chapitre de cette communication, concentrant toute son attention sur ce fait capital et prédominant, commun aux deux actes de la course et du saut, le détachement complet du corps de son appui, l'auteur démontre, par de nouvelles considérations empruntées à la mécanique géométrique, la survivance intacte de la théorie entrevue par les anciens, et éclairée par lui-même dans son *Traité précité de mécanique animale*.

— M. BOUCHARDAT lit un travail sur *la Genèse du parasite de la tuberculose*.

L'auteur se demande si le parasite vient du dehors. Il répond par la négative. L'observation médicale la plus attentive démontre que la phthisie est une maladie qui se propage très rarement par contagion. Les personnes qui donnent aux phthisiques des soins assidus, qui sont exposées à absorber des parcelles desséchées d'expectorations, ne sont pas plus atteintes que la moyenne des citoyens du même âge.

Si, dans la très grande majorité des cas, la phthisie ne se déclare point par inoculation, par ingestion du parasite spécifique, comment ce parasite peut-il prendre naissance ?

M. Bouchardat rappelle que, depuis longtemps, il a insisté sur la *condition première*, absolue de cette évolution. Cette condition, c'est la continuité de la *misère physiologique*. Le caractère constant de la misère physiologique, c'est la continuité dans l'insuffisance de la production de chaleur, ou de l'exhalation de l'acide carbonique eu égard aux besoins de l'organisation. Cette diminution se lie fatalement à l'insuffisance de la respiration. La respiration des phthisiques au début ou des glycosuriques qui deviennent phthisiques, est moins active surtout au sommet des poumons. Le murmure respiratoire est notablement affaibli, la circulation a, par ce fait, progressivement diminué d'intensité, surtout dans les capillaires de la région sous-claviculaire des poumons.

Sous l'influence de l'amoindrissement de la circulation, les cellules lymphatiques ou d'autres organites du sang ou de la lymphe adhèrent aux parois des capillaires, déterminent leur élargissement. La cellule lymphatique, étant plus que toute autre apte à émettre des prolongements, c'est elle qui doit être mise en cause. La circulation s'arrête dans les capillaires, le sang se coagule, les globules rouges se dissolvent, leur hémoglobine colore plus ou moins le coagulum dans lequel la fibrine passe à l'état granuleux. On comprend sans peine que la production tuberculeuse s'étend de proche en proche, enveloppant les éléments voisins. Les bacilles se répandent au dehors ; d'abord à l'extérieur des capillaires où ils se sont développés ; ils se propagent ensuite et contribuent à fournir les granulations grises de Laënnec, puis, par un envahissement progressif du tissu du poumon, les alvéoles et leurs parois y sont incorporées pour constituer d'énormes masses tuberculeuses.

Les conséquences pratiques pour la prophylaxie et la thérapeutique qui découlent de cette constatation sont de la plus haute importance.

Ne nous bornons pas à poursuivre le parasite du dehors, qu

presque toujours est innocent, pour délaisser la véritable cause du mal.

C'est dans notre organisation que ce parasite est engendré : empêchons-le de se produire. Nous savons sous quelles conditions les transformations qui lui donnent naissance s'opèrent : empêchons-les de s'effectuer.

L'origine du mal, c'est la continuité de la misère physiologique; cette imminence morbide et si redoutable, combattons-la. Rendons la respiration plus complète, plus énergique, plus puissante, la circulation plus active.

Faisons, en un mot, que la dépense soit élevée et proportionnelle à une réparation suffisante et bien réglée. Les organites normaux ne s'arrêteront plus dans les capillaires pour y proliférer et s'y transformer.

Voilà la voie qu'il faut suivre pour prévenir et combattre la tuberculose, et non la chasse au parasite extérieur.

M. Jules Guérin déclare qu'il partage à beaucoup d'égard les opinions exprimées par M. Bouchardat, relativement à la contagion de la tuberculose. Ce n'est point par le contact passager ou intermittent que se transmet la maladie, comme le prouve la rareté des faits de manifestation de la maladie chez les personnes qui soignent les malades dans les hôpitaux.

Les faits de transmission s'observent surtout à la suite de la cohabitation d'un individu malade avec un individu sain. Les femmes phthisiques transmettent la maladie à leurs maris et réciproquement. M. J. Guérin a vu des exemples très remarquables de ce mode de contagion. C'est par la perspiration pulmonaire ou cutanée que la transmission se produit, alors que les granulations, que M. Guérin appelle la tuberculose *fermée*, ont fait place aux cavernes ou tuberculose *ouverte*, où la matière tuberculeuse diluée par la suppuration se putréfie au contact de l'air et donne lieu à une véritable infection. C'est donc par *infection*, non par contagion proprement dite, que s'opère, suivant M. Guérin, la transmission de la tuberculose.

— M. Burq continue la lecture de son travail sur la prophylaxie du choléra par le cuivre. Il donnera les conclusions de ce travail dans la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Solution pour injections sous-cutanées d'ergotine.

(Atkinson).

Rec. Ergotine de Bonjean. 15 grammes.
Eau distillée . . . . 50 —
Hydrate de chloral . . . 4 —

M. s. a. — Un centimètre cube de cette solution renferme donc environ 30 centigrammes d'ergotine.

L'association du chloral a le double avantage de rendre la solution inaltérable pendant plusieurs semaines, et de diminuer la douleur occasionnée par les injections sous-cutanées.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Les hystériques.

État physique et état mental; actes insolites, délictueux et criminels, par le docteur Legrand du Saulle. — Paris. Librairie J.-B. Baillière et fils, 1883.

Il n'est peut-être pas de question qui ait été l'objet de plus nombreuses recherches, dans ces dernières années, que l'étude des hystériques.

Tandis que de toutes parts l'attention était attirée sur ces malades et sur les phénomènes si complexes et si variés qu'ils présentent dans la sphère nerveuse, on se préoccupait également des troubles intellectuels et moraux qu'il est si fréquent d'observer chez eux, et on essayait de les élucider et de les décrire.

Le regretté professeur Lasègne et M. Huchard se sont surtout occupés de ce point spécial et ont particulièrement insisté, dans ces derniers temps, sur l'état moral et mental des hystériques.

Mais, à côté des désordres de l'intelligence et des sentiment qui se manifestent chez ces malades, il existe chez eux un autre ordre de troubles intellectuels qui ont une importance majeure au point de vue social et médical, je veux parler des actes morbides.

Le chapitre médico-légal de l'hystérie était encore à faire.

Nul mieux que M. Legrand du Saulle, dont les études psychiatriques ont plus spécialement porté sur la médecine légale de la folie, et qui, par ses nombreux travaux et sa longue pratique des aliénés criminels, s'est acquis en la matière une réputation justement méritée, n'était à même d'accomplir cette tâche et de mener à bien une œuvre si difficile.

Déjà, dans un excellent ouvrage paru il y a quelques années, l'auteur avait fait une étude spéciale de l'épilepsie au point de vue médico-légal.

Ce qu'il avait fait pour les épileptiques, il l'a tenté aujourd'hui pour les hystériques, et on peut dire que le volume qu'il vient de consacrer à cette étude forme un digne pendant au premier.

Ce n'est pas que M. Legrand du Saulle se soit exclusivement attaché au côté médico-légal de la question, et n'ait étudié l'hystérie qu'au point de vue des actes morbides qu'on pouvait y rencontrer.

Cette étude, pour être fructueuse, lui a semblé ne pouvoir être séparée de celle de la maladie elle-même, et c'est ainsi qu'avant d'étudier les hystériques au point de vue médicolegal l'auteur a voulu jeter un rapide coup d'œil d'ensemble sur l'hystérie et résumer, dans un exposé rapide et précis, l'ensemble des notions scientifiques acquises aujourd'hui sur cette névrose.

Des chapitres spéciaux sont donc consacrés à l'étiologie et aux manifestations somatiques de l'affection, à l'hypnotisme chez les hystériques, aux phénomènes intellectuels qu'ils présentent, et particulièrement au délire et à la folie hystérique.

Toutes ces manifestations si intéressantes sont successivement passées en revue, et leur description prépare ainsi, de la façon la plus heureuse, la partie capitale de l'ouvrage, celle que l'auteur appelle *la clinique médico-légale de l'hystérie.*

Ici M. Legrand du Saulle s'arrête, et s'attache à suivre pas à pas les hystériques dans leur façon d'être et de se conduire, dans ce qu'on pourrait appeler leur vie agissante.

Tous leurs actes morbides y sont signalés et décrits sous la forme la plus intéressante et la plus frappante, c'est-à-dire sous forme d'exemples typiques, empruntés soit aux meilleurs écrivains, soit à la pratique personnelle de l'auteur.

Les actes excentriques et insolites, les aventures romanesques, les écrits des hystériques, leurs mensonges, leurs simulations et mystifications, leurs supercheries, leurs prétendus suicides, leurs maladies purement imaginaires, leurs diffamations, accusations, vols de tout ordre, leurs actes incendiaires, homicides, et, à côté de cela, leurs vertus, leur courage, leur philanthropie et leur dévouement parfois surhumains, tout est

soigneusement passé en revue et étudié avec des observations à l'appui.

On retrouve parmi ces faits les cas devenus célèbres dans les annales de la science, et d'autres moins connus ou inédits, dont la réunion forme un ensemble complet, reproduisant, depuis la simple excentricité jusqu'aux actes criminels les plus graves, tous les actes morbides susceptibles d'être commis par les hystériques.

La partie médico-légale de l'ouvrage se termine par un chapitre consacré à la question du divorce, dans lequel l'auteur s'élève avec force contre la loi qui accorderait le divorce pour cause de folie hystérique, et, d'une façon générale, pour cause d'aliénation mentale.

Enfin la nymphomanie, que beaucoup de personnes, dans le public extra-médical, confondent encore à tort avec l'hystérie, et qui présente, à tous les points de vue, des symptômes spéciaux, a paru à M. Legrand du Saulle trouver naturellement sa place à la suite de son étude médicale et médico-légale sur la grande névrose, et c'est par la description des troubles intellectuels et des actes morbides relatifs à l'érotisme et à la nymphomanie qu'il termine son excellent ouvrage.

Dr E. RÉGIS,
ancien chef de clinique des maladies mentales.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

CHOLÉRA. — L'épidémie s'éteint de plus en plus, voire même dans la Haute-Egypte où elle ne sévit plus que faiblement. Par suite, la quarantaine est supprimée à Port-Saïd et la circulation dans le canal de Suez est rétablie telle qu'elle était avant le commencement du choléra. Du reste, les chiffres de la mortalité à Alexandrie sont tombés pour les sept derniers jours, du 28 août au 4 septembre, à 12, 13, 11, 12, 6, 5 et 8 décès.

En résumé, les rapports officiels constatent que le nombre des décès cholériques en Egypte, depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 31 août, serait de 27,318, plus 140 dans l'armée anglaise d'occupation.

De même, une dépêche de Constantinople nous apprend qu'aucun cas de choléra n'ayant été signalé à Beyrouth depuis le 7 août dernier, le Bureau sanitaire a décidé de mettre cette ville et la côte de Syrie en libre pratique à dater du 6 septembre.

Enfin nous ajouterons que, dans la séance du 31 août du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, MM. Bouchardat, baron Larrey, Lagneau et Lancereaux ont rendu compte de quelques cas signalés à l'administration comme d'affection cholériforme. Quelques-uns d'entre eux n'étaient pas, à proprement parler, cholériformes; en tout cas, aucun d'eux n'était de nature épidémique ou contagieuse.

***

NOTE SUR QUELQUES AGENTS DE LA MÉDICATION RECONSTITUANTE. — Depuis quelques années, dans le traitement des affections consomptives, phthisie, anémie, etc., à la méthode de diète et d'affaiblissement employée par Broussais et ses élèves, aux applications de sangsues, aux saignées pratiquées coup sur coup, on a substitué la méthode plus rationnelle qui consiste à maintenir autant que possible l'équilibre entre l'assimilation des aliments et les pertes journalières résultant de la dénutrition cellulaire, de l'usure que subit le corps vivant sous l'influence du jeu naturel de ses fonctions et des désordres qu'entraîne la maladie.

Tout en administrant des médicaments spécifiques, on s'applique à restreindre la désassimilation et l'on soutient l'organisme en le nourrissant à l'aide d'aliments de digestion facile. L'élixir alimentaire Ducro par exemple, que nous citerons parce qu'il est, croyons-nous, parmi ces préparations, l'une des premières qui aient attiré l'attention du corps médical, eût été délaissé, au temps de Broussais, tandis qu'aujourd'hui il est l'un des principaux agents de la médication reconstituante et l'un des mieux acceptés par les malades à qui les aliments répugnent le plus. Puissant apéritif en raison des principes que lui communiquent les écorces d'oranges amères, il est alimentaire par les éléments qu'il emprunte à la viande, ainsi que par l'alcool qui lui sert de véhicule.

On sait que l'alcool, introduit dans l'économie à doses déterminées par l'expérience, ralentit le mouvement de désassimilation. C'est un antidéperditeur, comme l'enseigne M. Dujardin-Beaumetz, qui s'est occupé d'élucider l'action physiologique de l'alcool par la voie expérimentale. C'est un agent de nutrition indirecte, un aliment d'épargne. Cette action spéciale de l'alcool le fait employer soit sous la forme de potion de Todd, soit sous celle d'Elixir-Ducro, soit sous toute autre, dans les convalescences de maladies aiguës, notamment de la fièvre typhoïde, dans la chloro-anémie, dans les maladies consomptives, en un mot dans toutes les circonstances où il importe d'amoindrir ou de réparer les forces de l'économie.

***

RÉCOMPENSES A DÉCERNER EN 1884. — Le Comité médical des Bouches-du-Rhône décerne annuellement des médailles d'or, d'argent et de bronze et des mentions honorables aux auteurs des meilleurs travaux imprimés ou manuscrits sur une question quelconque de médecine, chirurgie ou sciences accessoires.

Les mêmes récompenses sont accordées aux auteurs des meilleurs mémoires manuscrits sur une question quelconque d'intérêt professionnel, médical ou pharmaceutique; aux auteurs des meilleurs mémoires manuscrits sur la question de « l'isolement des malades atteints de maladies contagieuses ».

Les mémoires doivent être envoyés sous les formes académiques au secrétaire général du Comité, rue de l'Arbre, 25, au plus tard le 15 mars 1884.

Il est ouvert un concours permanent pour les instruments de médecine et de chirurgie. Les inventeurs d'instruments nouveaux qui désirent participer à ce concours sont invités à faire parvenir au siége du Comité, avant le 15 mars 1884, les modèles de leurs instruments et les notes dont ils croiront devoir les accompagner.

***

LYCÉES. — M. le docteur Arnozan est nommé médecin-adjoint du Lycée de Bordeaux en remplacement de M. le docteur Manès, démissionnaire.

***

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — Un concours public pour une place de médecin-adjoint s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le 14 janvier 1884, à trois heures.

***

CLINIQUES. — Les conférences cliniques de M. le docteur Monod, agrégé, suppléant de M. le professeur Trélat, ont recommencé le 6 septembre, à dix heures du matin, à l'hôpital Necker. Elles auront lieu les jeudis suivants, à la même heure.

***

NOMINATION DANS LA LÉGION D'HONNEUR. — Par décret présidentiel en date du 2 septembre 1883, M. le docteur Harmand, commissaire général du gouvernement de la République française au Tonkin, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

292. M. Quéhen. Du rôle étiologique des traumatismes de la paroi thoracique dans le développement de la phthisie pulmonaire. — 293. M. Dabeaux. Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens du membre inférieur. — 294. M. Lestocquoy. Essai sur la phthisie pulmonaire chez les emphysémateux. — 295. M. Arragon. Etude sur les angiomes des muqueuses. — 296. M. Lompré (Georges). Contribution à l'étude des fractures du péroné compliquées de la fracture de la malléole interne. — 297. M. Demesse. Du traitement de la pustule maligne par les injections interstitielles de teinture d'iode. — 298. M. Mendiondo. Etude clinique sur deux cas de péricardite hémorrhagique. — 299. M. Le Breton. Etude sur une variété de tumeur du sterno-mastoïdien dans les accouchements par le siège chez les nouveau-nés. — 300. M. Vollière. Erysipèle et fièvre puerpérale. — 301. M. Guillemin. Essai sur la valeur des signes de la guérison chez les aliénés. — 302. M. Leviez. De la bronchite fétide et de son traitement par l'hyposulfite de soude. — 303. M. Dewièvre. De la fréquence de la tuberculose chez les individus roux. — 304. M. Collache. Essai sur le traitement de la conjonctivite granuleuse chronique. — 305. M. Lhomme. Etude expérimentale sur l'action physiologique de la saponine.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 24 AOUT AU JEUDI 30 AOUT 1883.

Fièvre typhoïde 54. — Variole 3. — Rougeole 22. — Scarlatine 0. — Coqueluche 25. — Dipthérie, croup 23. — Dysenterie 1. — Erysipèle 8. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 38. — Phthisie pulmonaire 206. — Autres tuberculoses 14. — Autres affections générales 64. — Malformation et débilité des âges extrêmes 38. — Bronchite aiguë 9. — Pneumonie 58. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 82, — au sein et mixte 43. — Inconnu 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 100. — de l'appareil circulatoire 72. — de l'appareil respiratoire 56. — de l'appareil digestif 48. — de l'appareil génito-urinaire 15. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 10. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 32. — Causes non classées 4. — Total de la semaine : 1051 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

LEÇONS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE, par le docteur Berne, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Lyon. Deux volumes gr. in-8 de près de 1,700 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 32 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

LES LOIS NATURELLES, FONDEMENT DE L'ÉGALITÉ, LE FLUIDE MAGNÉTIQUE ANIMAL ET VÉGÉTAL, par le docteur Antonin Ripault. — Paris, 1883, grand in-8 de 37 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

54e année. 6e série. Tome V. N° 37 15 SEPTEMBRE 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 13 septembre 1883.

Académie de médecine. — LA NÉPHRECTOMIE EN FRANCE. — ACTES INCONSCIENTS COMMIS SOUS L'INFLUENCE DE L'INTOXICATION PAR LA VAPEUR DE CHARBON.

Mardi dernier, l'Académie de médecine a failli lever séance après la lecture du procès-verbal, sans le concours obligeant de deux membres associés qui, sur l'invitation du président, ont fait chacun une communication orale pour combler les vides de l'ordre du jour.

M. Ollier (de Lyon) a entretenu ses collègues de l'Académie des cas de néphrectomie qu'il a été à même de pratiquer récemment et dont il avait déjà fait l'objet d'une communication au congrès de Rouen. Nos lecteurs auront connaissance de ces faits par le compte rendu des travaux de ce congrès, en cours de publication. Rappelons seulement que, si les cas de néphrectomie pratiqués en France sont encore en très petit nombre, à l'étranger, en Allemagne surtout, cette opération est entrée dans le domaine de la pratique chirurgicale courante. Un de nos collaborateurs les plus distingués, M. Bouilly (1), a consacré à l'examen de cette question une revue critique très complète.

Avant M. Ollier, M. Leudet avait appelé l'attention de l'Académie sur certains effets peu connus de l'intoxication par la vapeur de charbon, et qui présentent un intérêt particulier pour le médecin légiste ; il s'agit d'actes inconscients que sont susceptibles de commettre les individus placés sous le coup de ce genre d'intoxication. Pour être tout à fait concluants, les faits cités par M. Leudet ont besoin d'être corroborés par des observations nouvelles ; le médecin de Rouen n'en aura pas moins eu le mérite d'attirer l'attention sur une question nouvelle, d'un réel intérêt.

E. R.

CHIRURGIE PRATIQUE

DES PÉRIODES TARDIVES DES ARTHRITES ET DE LEUR TRAITEMENT.

Si le traitement des inflammations articulaires est bien connu et en général assez bien appliqué dans la période aiguë et douloureuse de l'affection, il n'en est pas de même pour les périodes tardives de l'arthrite. Trop souvent, à ce moment de son affection, le malade, découragé des lenteurs du traitement ou même abandonné à lui-même sans traitement, traîne pendant longtemps les reliquats d'une affection guérie dans ses manifestations les plus apparentes, mais capable de créer à la longue de véritables infirmités.

Ce n'est guère dans les services d'hôpital que ces conséquences éloignées des arthrites sont observées et traitées ; après une période d'acuité plus ou moins longue, calmée par un traitement approprié, après la levée des appareils, les malades sont renvoyés en convalescence ou chez eux, et s'ils viennent plus tard se plaindre de gêne ou d'impotence fonctionnelle, la chronicité apparente de leur affection les fait exclure des services actifs, où l'on ne peut leur donner les soins que réclame leur état ; et si, par compassion, ils sont reçus à nouveau quelques jours à l'hôpital, abandonnés dans leur lit comme *caput mortuum*, ils ne bénéficient guère de ce nouveau séjour.

La pénurie des lits, l'insuffisance des soins, le manque apparent d'intérêt, expliquent suffisamment. l'abandon relatif dans lequel on laisse ces malades que l'on considère avec trop de facilité comme guéris.

Dans cette étude, je n'envisage, bien entendu, que les arthrites simples, aiguës ou subaiguës, parmi lesquelles je range : 1o l'arthrite traumatique succédant aux contusions articulaires, aux entorses, aux inflammations de voisinage ; 2o les arthrites dites « rhumatismales », faute d'une meilleure dénomination, mais que, pour ma part, je considère dans nombre de cas comme des affections primitives du système séreux de la jointure, en tout comparables aux pleurésies dites *a frigore* ; 3o enfin les arthrites secondaires ou infectieuses de la blennorhagie, de la puerpéralité, décrites quelquefois à tort sous le nom de « rhumatisme génital ».

Dans tous ces cas, les choses se présentent de la même manière au point de vue du traitement qui doit, comme l'affection elle-même, comprendre plusieurs périodes. Aucune de ces périodes n'a une durée déterminée qui saurait être fixée à l'avance ; le chirurgien doit se laisser guider par les circonstances, par l'examen de la jointure et saisir les indications variables suivant les moments.

On peut, à ce point de vue, distinguer trois périodes dans l'évolution d'une arthrite : une première période aiguë, inflammatoire, douloureuse ; une période intermédiaire qui suit la levée des appareils ; une troisième période caractérisée par la gêne fonctionnelle, la raideur articulaire et l'atrophie de certains groupes musculaires voisins.

Rien à dire ici du traitement de la première période ; il peut se résumer en deux mots : immobilisation aussi rigoureuse que possible de la jointure dans une bonne attitude, aidée ou non des révulsifs ou des antiphlogistiques sous forme de vési-

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, 1880, p. 658 et 690.

catoires, de sangsues, on de résolutifs, parmi lesquels la compression tient le premier rang.

Ajoutons que la bonne direction donnée au traitement dans cette première période a la plus grande influence sur la durée et la gravité des périodes suivantes, qu'elle peut singulièrement diminuer. On pourrait presque avancer que toute arthrite aiguë ou subaiguë méthodiquement soignée à son origine ne serait que rarement suivie des conséquences graves qu'il nous reste à étudier.

A la fin de cette période aiguë, douloureuse, d'une durée variable, pouvant comprendre quatre à six semaines, se pose la question de la levée de l'appareil inamovible. Quels signes vont nous guider pour trancher ce point délicat ? En général, la résorption de l'épanchement liquide, la disparition de la douleur spontanée, la recherche de la douleur provoquée fournissent les éléments de cette indication. J'attache une grande importance à la recherche de cette douleur provoquée : tel malade qui ne souffre plus spontanément présente à la pression des points douloureux dont la présence trahit encore un reste d'inflammation. Cette douleur provoquée a des points d'élection nécessaires à connaître à chaque jointure; au genou, elle se réveille par la pression de la face interne du condyle interne, par la pression sur les côtés du ligament rotulien, quelquefois par l'application de la rotule sur les condyles fémoraux.

A l'épaule, on peut trouver souvent quatre foyers douloureux : la face antérieure de l'articulation au point où se dessine la tête de l'humérus sous les téguments; un point diamétralement opposé en arrière; le sommet du creux de l'aisselle, enfin, à la partie supérieure du bras, une ligne suivant la direction du tendon du biceps. Cette douleur est provoquée au poignet par la pression exercée au-dessous des apophyses styloïdes; au coude, au niveau des culs-de-sac de la synoviale, sur les côtés de l'olecrane et sur la tête du radius.

Si la pression réveille en ces différents points une douleur manifeste et persistant quelque temps, l'appareil doit encore rester quelques jours en place, jusqu'à ce qu'une nouvelle exploration accuse une sensibilité moins vive.

Une fois l'appareil retiré, quelle est la physionomie de la jointure ? Quel est son état anatomique ? En général, la jointure paraît tuméfiée, d'abord du fait de l'infiltration de la synoviale ou des tissus périarticulaires, ensuite grâce à l'atrophie des segments du membre situés au-dessus et au-dessous.

La peau est épaissie, indurée; rétractée dans l'immobilisation, enflammée par des vésicatoires, de la teinture d'iode, des pointes de feu, elle a perdu de sa souplesse et de son élasticité; elle ne glisse plus sur le tissu cellulaire souvent induré lui-même ou desséché; le tissu cellulaire profond sous-synovial est infiltré d'exsudats résistants qui se traduisent par des inégalites, des bourrelets ou une sensation générale d'empâtement. Les ligaments, les tendons périarticulaires se sont raccourcis, rétractés, ont perdu leur mobilité dans les gaines tendineuses enflammées souvent elles-mêmes.

Dans l'intérieur de la jointure, la synoviale est sèche ou épaissie; des brides, des adhérences peuvent la cloisonner; de véritables néo-membranes interposées entre les surfaces tendent à les réunir en s'organisant; quelquefois des amas sanguins plus ou moins anciens jouent le rôle de corps étrangers; enfin les cartilages articulaires sont dépolis, si non même érodés.

On peut juger à l'avance de l'état fonctionnel d'une jointure à cette période de l'évolution d'une arthrite. A notre avis, il n'est pas prudent de chercher à imprimer des mouvements à l'articulation dès la levée de l'appareil; cette recherche intempestive provoque de la douleur, réveille souvent une poussée inflammatoire et peut tout remettre en cause. Il est meilleur, une fois l'appareil enlevé, de laisser le membre abandonné à lui-même pendant quelques jours, muni ou non d'une bande roulée destinée à s'opposer aux effets d'une décompression trop rapide. Dans cette courte période, le membre se retrouve, pour ainsi dire; les muscles lui font exécuter quelques mouvements; les rapports des surfaces articulaires se modifient; la sensibilité de la jointure se tâte, et, par un échange de bons procédés, la fonction et l'organe tendent à se rétablir.

Dans les cas de faible intensité, à la suite d'un traitement méthodique institué dès le début, quelques privilégiés peuvent d'emblée mouvoir le membre et s'en servir, n'éprouvant qu'un peu de raideur et de faiblesse rapidement amendées et combattues par l'exercice. Mais, dans la grande majorité des cas, c'est alors que se déroule la troisième période, la plus longue peut-être, celle que nous appelions plus haut la période de l'impotence fonctionnelle, caractérisée par les raideurs articulaire et périarticulaire et par l'atrophie de certains groupes musculaires moteurs de la jointure.

La raideur articulaire trouve une explication facile dans l'état de la peau privée de sa souplesse et de son élasticité, dans l'induration et l'empâtement du tissu cellulaire superficiel et profond, dans la rétraction et le raccourcissement des ligaments, dans les adhérences des tendons avec leurs gaines, dans la sécheresse ou les exsudats de la synoviale. Tous ces éléments réunis forment cette pseudo-ankylose qui immobilise incomplètement les membres et les rend insonmis et maladroits, véritable raideur que l'on combat avec avantage par des mouvements provoqués et spontanés de plus en plus étendus et par les différentes pratiques du massage, sur lesquelles nous reviendrons plus loin. Cette raideur, toute importante qu'elle est, ne suffirait pas seule à expliquer la gêne, la faiblesse, l'impotence des membres à cette période des arthrites.

Souvent, en effet, la raideur a été vaincue ou n'a été que peu marquée; les mouvements provoqués peuvent être exécutés librement, sans douleur et dans une grande étendue, et cependant le membre reste faible et maladroit. S'il s'agit du genou, le malade ne peut marcher qu'en traînant la jambe et son pied bute contre tous les obstacles du sol; s'agit-il de monter et surtout de descendre un escalier, les deux pieds doivent être posés à la fois sur la même marche, faute d'une extension suffisante de la jambe sur la cuisse; la course est impossible et la marche est suivie d'une fatigue très rapide, qui force le sujet à marcher le tronc courbé en avant. Le malade étant assis, la jambe dans la flexion ne peut être amenée dans l'extension complète sur la cuisse; au lit, le détachement du talon et l'élévation du membre inférieur se font avec hésitation; en un mot, tout indique une impotence extrême des muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse.

A l'épaule, tous les mouvements s'exécutent à peu près; mais l'abduction et l'élévation du bras restent incomplètes et limitées, quelquefois impossibles; à la hanche, le tronc se fléchit dans l'articulation coxo-fémorale, et le malade marche courbé dans la flexion, projetant son membre tout d'une pièce en avant.

Des données nouvelles et très importantes sont venues éclairer cette histoire des conséquences tardives des arthropathies aiguës. Tous ces troubles fonctionnels, liés indirectement à l'affection articulaire guérie à cette heure, relèvent de l'atrophie de certains groupes musculaires voisins de la jointure, *toujours* plus ou moins touchés par la souffrance de celle-ci. Cette impotence musculaire par atrophie, si bien étudiée par le professeur Le Fort, par le docteur Valtat (Th. Paris 1877) et ici même par M. Picqué, sur laquelle j'appelle à chaque instant l'attention, joue un rôle énorme et trop souvent méconnu dans l'évolution tardive des arthrites. On s'acharne après la jointure et on ne voit pas l'atrophie des muscles voisins; on immobilise à nouveau le membre, sous prétexte que le sujet marche mal, et on aggrave la situation; on s'adresse toujours à l'affection primitive et on ne voit pas la lésion secondaire, cause actuelle de tous les mécomptes.

Négligeant à dessein toute la pathogénie encore obscure de cette atrophie, nous croyons utile de rappeler en peu de mots ses caractères, la manière de la constater et les moyens de la combattre.

D'après les recherches de MM. Le Fort et Valtat, elle apparaît de très bonne heure, dès les premiers jours de l'arthrite, et peut succéder à un état quasi-paralytique des muscles périarticulaires, rarement constatée à cette période dans laquelle la jointure est laissée de parti pris au repos ou même immobilisée. A partir du moment de son début, elle va toujours en s'accentuant, et avec un peu d'attention rien n'est plus facile que de la constater par la simple inspection comparative des membres symétriques et mieux encore par leur mensuration. Combien de fois n'avons-nous pas remarqué et fait remarquer, au bout de très peu de jours d'une arthrite du genou, cet aplatissement si marqué de la face antérieure de la cuisse, ou, après une arthrite coxo-fémorale, le même aplatissement de la fesse.

S'il est vraisemblable que tous les muscles voisins de la jointure prennent part, dans une certaine mesure, à l'atrophie générale du membre, il est remarquable que certains groupes musculaires, *toujours les mêmes*, ont le fâcheux privilège de s'atrophier d'une manière rapide, constante et exagérée par rapport aux voisins. Pour le genou, l'atrophie porte sur les muscles extenseurs, sur le triceps fémoral dans ses trois portions; la mensuration révèle à 10 ou 12 c. au-dessus du bord supérieur de la rotule une diminution de 2, 3 et quelquefois 4 centim. par rapport au côté sain; la palpation permet de toucher le fémur à sa partie antérieure pour ainsi dire sous la peau et sans doublure musculaire, et si l'affection est tant soit peu ancienne elle révèle une surcharge graisseuse manifeste du tissu cellulaire sous-cutané qui peut faire prendre le change et méconnaître le degré réel de l'atrophie musculaire sous-jacente.

A l'épaule, le deltoïde est le premier et le plus fortement touché; mais bientôt les sus et sous-épineux, le grand pectoral, fondent à leur tour, et l'atrophie de ces divers groupes s'accuse facilement à la vue par la saillie exagérée de l'acromion, la dépression des fosses sus et sous-épineuses et du creux sus-claviculaire.

Après une arthrite de la hanche, les muscles pelvitrochantériens perdent leur tonicité, la fesse est flasque et aplatie, le pli fessier abaissé; la saillie de l'ischion se dessine sous les téguments et se laisse facilement sentir, et la contraction musculaire ne peut faire durcir la fesse qui reste molle et comme ballottante.

Pour le coude, l'atrophie moins connue porte surtout sur le biceps et le brachial antérieur; au cou-de-pied, elle atteint les extenseurs du pied sur la jambe.

J'ai dit plus haut quels étaient les troubles fonctionnels liés à cette atrophie, quelle impotence particulière s'attachait à la perte ou à la diminution de fonctions de tel ou tel groupe musculaire; je n'y reviens que pour insister sur la nécessité absolue de rechercher et de constater cette atrophie; car sa découverte conduit à des indications thérapeutiques absolument indispensables à remplir et dont la négligence peut entraîner l'établissement d'une véritable infirmité.

L'arthrite est guérie, le traitement de ses conséquences commence.

Les obstacles à combattre sont la raideur et l'atrophie; or, je le dis ici bien haut et je le répète sans cesse quand l'occasion s'en présente, non seulement le même traitement convient à l'une et à l'autre, mais la raideur ne saurait être utilement traitée si l'atrophie musculaire n'est en même temps combattue. Quel avantage à mobiliser avec les mains ou des machines une jointure que les muscles impotents seront incapables de mouvoir à leur tour et dont les mouvements ne se rétabliront qu'avec la régénération de ses moteurs naturels?

Heureusement, le traitement ne peut être dissocié; s'il est bon dans les premiers jours de provoquer quelques mouvements pour mettre les choses en train, il est utile dans les jours suivants de combiner les moyens qui s'adressent à la fois, et pour ainsi dire simultanément, à la raideur de la jointure et à l'atrophie de ses muscles. Ces moyens sont l'exercice, le massage, l'électricité, les douches locales.

Le mouvement ne se rétablit que par le mouvement; aussi la première et la plus indispensable partie de la médication consiste dans l'administration spontanée et provoquée d'une certaine dose de mouvements. Un exercice modéré et approprié fait partie du régime de la jointure: pour le genou et la hanche, la marche et la station debout jusqu'à la sensation de fatigue qu'il est bon de ne pas dépasser; pour l'épaule, des efforts répétés d'abduction et d'élévation du bras, combinés ou non, suivant les cas avec la traction exercée sur une corde suspendue en l'air et dont on diminue la longueur de jour en jour.

Le massage s'adresse à la fois à l'articulation et aux muscles: sur la jointure, il fait résorber les exsudats profonds, rétablit le glissement de la peau sur les parties sous-jacentes, rompt les petites adhérences superficielles et profondes, et provoque aussi sans doute un réveil de la vitalité des tissus, favorable à la résorption des produits infiltrés.

Pour les muscles, combiné avec des mouvements sagement administrés et n'allant jamais jusqu'à la douleur persistante, il excite la contractilité musculaire, active la circulation et peut amener rapidement la régénération des éléments et la récupération de la fonction.

Il en est de même de l'électricité: elle doit être employée dans ce cas sous ses deux formes. On se trouvera bien de l'emploi de courants continus faibles et permanents donnés par quatre éléments Trouvé laissés en place toute la nuit, ou de l'application pendant deux heures des électrodes de la pile Chardin à six éléments au bisulfate de mercure, en même temps que l'on fera tous les deux jours une séance de faradisation de cinq à six minutes. Enfin les douches locales, les

eaux thermales de Luchon, d'Aix-les-Bains, de Bourbonne, etc., compléteront merveilleusement ce traitement, dont je serais heureux de vulgariser la nécessité contre les conséquences éloignées et souvent méconnues des arthrites aiguës et subaiguës.

G. BOUILLY.

REVUE CRITIQUE

LA NOTION ACTUELLE DU TUBERCULE ET DE LA TUBERCULOSE.

Suite et fin. — Voir les numéros 35 et 36.

IV.

Le problème de la tuberculose, dont ni l'observation clinique ni l'anatomie pathologique n'avaient donné la clé, est maintenant transporté sur le terrain de la médecine expérimentale. Comme dans toute question de médecine, c'est en attaquant l'inconnue par le côté étiologique qu'on est parvenu à la dégager. S'ensuit-il que désormais, dans la question, l'anatomie pathologique ne doive plus jouer aucun rôle? La méthode a-t-elle donné tout ce qu'elle était capable de donner, et doit-on la laisser de côté comme un instrument de recherche de nulle valeur ultérieure?

Je ne le pense pas. L'importance prépondérante qu'a prise la notion du microbe et la lumière qu'elle a jetée sur la question ne doivent pas faire oublier que l'anatomie pathologique seule nous a fait connaître l'un des termes les plus importants du processus tuberculeux : la *lésion* produite par l'agent virulent, son *évolution*, et ses *conséquences* relativement à la modification survenue dans les organes, conséquence qui, au point de vue pathologique proprement dit, doivent avant tout nous préoccuper chez un individu malade. Aussi, bien loin de devoir être abandonnée, la recherche analytique des lésions peut, ce me semble, être aujourd'hui poursuivie avec une nouvelle ardeur, à la condition que ce soit sur des bases nouvelles.

Nous savons que tout nodule tuberculeux est la réaction du tissu ou de l'organe contre l'action irritante d'un corps étranger. Dans chaque cas particulier, dans chaque mode de tuberculose, il nous faut déterminer ce corps. Nous devons chercher s'il est un bacille ou un amas zoogléique, s'il n'est qu'une matière inerte. Ce dernier cas peut se présenter; l'expérimentation n'innove rien. Ce que fait le poivre de Cayenne entre les mains de H. Martin, d'autres particules introduites spontanément peuvent le faire, et il y a probablement des tuberculoses dites « locales » qui ne sont constituées par rien autre chose que des tubercules faux. Il est aussi nécessaire d'étudier la répartition du microbe dans les divers cas, de voir exactement où il s'insère, où il végète, comment et dans quel élément de la formation tuberculeuse il évolue. Il est extrêmement curieux de voir et de suivre, comme nous l'avons fait avec mon élève et ami Chandelux, la végétation de cette inflammation spécifique que j'ai nommée *intercalaire*, et qui s'étend entre les nodules tuberculeux. On voit ses éléments typiques, toujours reconnaissables par leur gros volume et leur tendance au bourgeonnement, pousser des expansions protoplasmiques granuleuses au sein desquelles se montrent des noyaux en chaînes. Le tubercule (car cette lésion répond manifestement à la forme infiltrée de Laënnec et de Grancher) pousse ici pour ainsi dire par nappes et envahit alors les tissus par une véritable végétation. Il importe de décider si un pareil mode réactionnel est bien mis en train par le parasite, comme je le pense, ou s'il ne s'agit que d'un mode particulier de défense des tissus devant le microbe. Le rôle de l'inflammation dans la tuberculose, cherché constamment, et que mon ami Hanot a essayé de dégager dans son excellente thèse, n'est pas encore pleinement établi. Et comme chacun s'accorde à dire aujourd'hui que, sauf le cas de granulie, le sort d'une tuberculose donnée dépend exclusivement du type, dégénératif ou formatif, que prendra l'inflammation qui l'entoure, il faut savoir exactement à quoi répond cette inflammation, et ce que représentent ses modalités diverses.

En résumé, l'anatomie pathologique nous a montré que le nodule tuberculeux est une édification réactionnelle devant un corps irritant. L'action de ce corps restera locale s'il ne se multiplie pas, atténuée s'il se multiplie peu. Si la multiplication est intense, nous serons en présence des formes graves de l'infection tuberculeuse. Quand, grâce au progrès certain que fera d'ici peu de temps la technique histologique à cet endroit, nous connaîtrons la nature et l'état du microbe dans chacun des types connus de lésions tuberculeuses, il ne restera plus qu'un travail à faire : rapporter exactement les lésions précisées aux symptômes observés cliniquement. On apprendra de la sorte à savoir *ce que vaut* chaque type clinique de tuberculose au point de vue parasitaire; et, d'un autre côté, l'étude biologique des parasites tuberculisateurs étant poursuivie et achevée, on pourra poser le problème de la *préservation*, plutôt peut-être que celui d'une vaccination que ne nous fait pas prévoir la marche bien connue de l'infection tuberculeuse. Rendre un milieu organique impropre à la culture d'un parasite en l'imprégnant d'une substance incompatible, comme l'a fait M. Raulin pour l'aspergillus, telle est peut-être la véritable voie de l'avenir pour les maladies infectieuses qui, comme l'érysipèle et la tuberculose, ne vaccinent pas, mais au contraire prédisposent au plus haut degré l'organisme atteint une première fois.

J. RENAUT.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences

DOUZIÈME SESSION

CONGRÈS DE ROUEN.

Section de médecine. — Présidence de M. DUPLOUY.

Suite. — Voir les numéros 34, 35 et 36.

— M. le professeur OLLIER fait une communication orale *sur la néphrectomie*.

La néphrectomie est rarement pratiquée en France. L'auteur ayant eu l'occasion de la pratiquer trois fois chez des malades placés dans des conditions dissemblables croit utile d'établir quant à présent quelques données relativement aux indications et contre-indications opératoires.

Sa dernière opération a été faite sur une jeune femme de 22 ans qui portait, dans la région rénale, une tumeur volumineuse, tendue fluctuante qui fut considérée par Ollier comme un abcès consécutif à une pyélo-néphrite, probablement de nature calculeuse.

L'auteur se décida à ouvrir cet abcès, ce qui nécessita l'incision du parenchyme rénal. Un demi-litre de pus s'écoula, mais l'exploration minutieuse de la poche ne permit de trouver aucun calcul.

La malade fut immédiatement soulagée. Les suites opératoires furent très simples; l'urine primitivement purulente redevint claire. La guérison marcha d'abord rapidement, mais une fistule très gênante pour la malade persista dans la suite.

M. Ollier refusa d'abord toute opération pour cette lésion, qui ne compromettait la vie en aucune façon; mais, devant les instances de la malade, il se décida le 9 juin à intervenir par la néphrectomie.

Un incident opératoire est à noter en raison de son importance. Le plan primitif du chirurgien lyonnais avait été d'enlever le rein avec sa capsule, en raison de la facilité de cette opération sur le cadavre; mais bientôt l'auteur ne tardait pas à reconnaître qu'il avait beau aller jusqu'au voisinage de la colonne vertébrale, il lui était impossible de reconnaître les limites du rein, tant était grande sa fusion avec l'atmosphère celluleuse.

Sentant même l'aorte battre sous son doigt, M. Ollier s'arrêta et se décida à inciser la capsule et à détacher cette membrane par sa face profonde. Dès lors, l'énucléation se fit facilement et sans hémorrhagie.

L'examen permit de reconnaître un calcul qui oblitérait l'uretère.

L'auteur avoue que s'il avait reconnu ce calcul dans son premier examen, il n'aurait pas opéré.

Après l'opération, il y eut de l'anurie qui dura trois jours, puis la fonction urinaire se rétablit.

Un phénomène assez curieux est encore à noter : un mois après l'opération, il y eut du ptyalisme tel que la malade rendit jusqu'à deux litres d'une salive normale dans les vingt-quatre heures. Ce phénomène se reproduisit le lendemain, malgré la surveillance toute spéciale de la malade, qu'on soupçonnait avoir pris par mégarde du jaborandi.

M. Ollier pensa un moment à la lésion du pancréas agissant par voie réflexe sur les glandes salivaires.

Cet incident, qui resta pour lui inexplicable, disparut le lendemain d'une façon définitive.

En résumé, M. Ollier déduit de ce cas une première conclusion au point de vue opératoire, c'est que, bien qui l'ablation du rein avec sa capsule soit rationnelle, elle n'est possible que lorsque les tissus sont sains, c'est-à-dire impossible dans les conditions spéciales où l'on opère.

Cette manœuvre doit donc être laissée de côté, et le chirurgien devra faire l'ablation sous-capsulaire, procédé que M. Lefort du reste a employé avec succès.

La deuxième opération de l'auteur est relative à un kyste du rein pris pour un kyste ovarique, erreur justifiée dans l'espèce par l'absence de troubles rénaux et vésicaux.

L'énucléation fut pratiquée sans ligature perdue (procédé inconnu alors); la malade mourut de péritonite.

La troisième néphrectomie de l'auteur fut faite sur un enfant de 4 ans pour un énorme sarcome du rein.

Le malade succomba rapidement, et M. Ollier déclare qu'il n'a cédé qu'aux supplications des parents, et que l'opération fut faite un peu tardivement.

Pour l'auteur, la néphrectomie dans ce cas est une mauvaise opération, et l'on ne devra désormais la réserver que pour la pyélo-néphrite.

Dans le cas de rein flottant, M. Ollier pense encore qu'on doit proscrire cette opération.

Dans sa pratique, il n'a jamais vu l'ectopie rénale donner lieu à des accidents gênants : les bandages et les ceintures ont toujours calmé les douleurs.

— M. le docteur CLON STÉPHANOS (d'Athènes) lit un travail très intéressant sur *l'existence actuelle de la chorémanie épidémique du moyen âge*.

L'auteur veut démontrer l'existence actuelle de la chorémanie du moyen âge (danse de Saint-Guy, proprement dite) en Thrace (Turquie) et dans quelques villages pauvres de la vallée de Kior-Kaza (pays aveugle ou fermé).

Dans ces villages, où règnent une ignorance profonde et des superstitions bizarres et grossières, on a saint Constantin en grande vénération : sa fête est célébrée au mois de mai et dure quinze jours; des danses et autres orgies sont pratiquées par les Anastenaria (1), qui présentent, pour la plupart, les phénomènes des choréomanes du moyen âge et qu'on honore dans le pays comme des êtres saints.

De même qu'au moyen âge, leurs accès ont lieu aux moments les plus chauds de l'année : au printemps, dans les fêtes de saint Constantin; au mois de mai ou en été au moyen âge, surtout à la suite des fêtes de saint Jean.

L'affection s'observe comme jadis sur des sujets ordinairement ignorants et superstitieux.

On y observe de même des gens, qui d'abord se moquaient des orgies des personnes atteintes, y être entraînés par la suite, malgré eux et à regret, et n'être délivrés de l'affection qu'après une danse frénétique ou même des courses longues et violentes.

On y voit, comme à Aix-la-Chapelle en 1374, l'affection débuter par des convulsions épileptiformes : les malades tombent sans connaissance, l'écume à la bouche, après quoi ils se lèvent et se livrent à la danse.

La musique semble augmenter les mouvements; la danse même paraît amener la fin de l'attaque.

Il n'y manque, pour compléter l'analogie entre ces deux affections, ni les courses affolées, ni la violence souvent irrésistible des mouvements, ni la tendance au suicide.

M. Stephanos croit donc l'analogie complète entre le mal des Anastenaria et la choréomanie du moyen âge, et l'affection actuelle vient confirmer le récit des historiens anciens.

— M. le docteur BOUCHERON fait une communication sur *la Pathogénie du décollement de la rétine*.

L'auteur introduit dans la pathogénie si discutée du décollement de la rétine les notions récemment acquises sur la physiologie normale et pathologique des liquides intra-oculaires.

M. Boucheron rappelle que les liquides oculaires sont non pas du plasma sanguin émané des vaisseaux, mais des liquides de sécrétion tout particuliers. (*Sur l'épithélium aquipare et vitréipare des procès ciliaires.* — SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE, janvier 1883.) Ainsi l'humeur aquense détruit la plupart des cellules, les globules blancs (Ranvier), les cellules propres de la cornée et les fibres cristalliniennes; l'humeur vitrée détruit aussi les fibres cristalliniennes mises en contact avec elle (Boucheron). Ces liquides oculaires ont pour organe de sécrétion l'épithélium des procès ciliaires. L'épithélium choroïdien est aussi sécréteur, car il sécrète le pourpre visuel de Boll.

Or la plupart des épithéliums sécréteurs, quand ils sont étalés en surface (comme l'épithélium des synoviales qui sécrète la mucine de la synovie) sont à l'état pathologique le siège d'exsudats variés; la matière fibrinogène exsude à travers l'épithélium et se coagule à sa surface pour former les pseudo-membranes ou les flocons fibrineux des exsudats séro-fibrineux, etc. C'est ainsi que dans l'œil on voit se former des exsudats à la surface de l'iris et des procès ciliaires.

De semblables exsudats se forment aussi parfois à la surface de l'épithélium choroïdien sécréteur de pourpre visuel à l'état normal. Quand l'exsudat est séreux et assez abondant, *la rétine se décolle*. Tel est le mécanisme ordinaire du décollement rétinien.

La cause générale de cet exsudat choroïdien, c'est l'uricémie et le rhumatisme. Comme il suffit d'être seulement un peu uricémique pour fabriquer les quelques gouttes d'exsudat choroïdien qui décollent la rétine, M. Boucheron décèle l'uricémie en recherchant l'acide urique dans la salive par le procédé de la murexide (*De la présence de l'acide urique dans la salive et les autres sécrétions.*

(1) Le seul travail sur les *Anastenaria* est dû à M. Chourmousiadis, imprimé à Constantinople en 1873. L'auteur y décrit leurs fêtes, leurs orgies et les superstitions de leur pays.

Acad. des sciences, 1881). Dans les dix derniers cas de décollement observés, il y avait de l'acide urique dans la salive, ce qui prouve qu'il y en avait en excès dans le sang.

En conséquence, c'est à l'excrétion de l'acide urique par la salivation pilocarpique, c'est au régime et aux médications antiuricémiques et antirhumatismales qu'il faut avoir recours soit *d'une manière préventive* quand on est atteint de myopie ou d'autres affections prédisposant au décollement, soit quand on a déjà perdu un œil par un décollement et qu'il s'agit de préserver l'autre œil, soit enfin pour la cure du décollement déjà produit. C'est ce que confirme la clinique (1).

— M. le docteur Leudet (de Rouen) lit un travail très intéressant sur *la névrite cubitale provoquée par les contusions et compressions répétées résultant de l'exercice de quelques professions.*

La névrite du nerf cubital se produit souvent à la suite de traumatismes divers. M. le professeur Panas a fait connaître des cas très intéressants de paralysie du nerf cubital provoquées par des déformations osseuses. Joffroy et d'autres ont prouvé que ces paralysies nerveuses pouvaient apparaître à la suite de l'empoisonnement saturnin chronique de la variole, etc., et M. Leudet lui-même a ajouté quelques faits nouveaux a ces paralysies de cause générale, entre autres celles consécutives à l'alcoolisme chronique.

En résumé, ces travaux et d'autres encore prouvent que le cubital peut être atteint d'inflammation sous l'influence d'actions locales comme le traumatisme, la compression, la contusion, et que d'autres fois la maladie se rattache à une cause plus générale.

Les malades que l'auteur a eu l'occasion d'observer se trouvaient dans d'autres conditions. La cause déterminante était l'exercice de leur profession.

Les professions exercées étaient celles de menuisier, d'imprimeur sur indiennes, de teinturier, et en général toutes celles qui exigent l'emploi d'un outil qui frappe constamment l'éminence hypothénar.

L'affection se manifeste au début par des douleurs variables en intensité au niveau de l'éminence précitée, douleurs susceptibles d'augmenter par la pression : à ce premier phénomène succèdent bientôt de l'engourdissement, des secousses musculaires et de l'anesthésie.

La perte du mouvement ne survient que bien plus tard, mais l'atrophie reste toujours peu marquée.

La maladie a une marche plus lente et est susceptible de rémissions suivies de recrudescence.

L'auteur a vu des récidives après plusieurs années, mais l'affection peut guérir sous l'influence de moyens variés, dont les principaux, selon M. Leudet, sont les révulsifs cutanés et l'électrisation continue.

Un point qui mérite d'être noté consiste en ce que les symptômes de la névrite cubitale ne sont pas suivis en général d'accidents se rapportant à une lésion des centres nerveux.

M. Dumesnil (de Rouen) fait cependant observer que dans certains cas la contusion nerveuse est susceptible de donner lieu à des phénomènes de généralisation qui peuvent s'étendre non seulement à tous les nerfs de la région, mais encore à l'ensemble du système nerveux.

L'auteur a observé récemment une contusion du cubital par luxation du coude : il y eut immédiatement suspension d'action nerveuse dans la sphère de ce nerf, et, un mois après, commencement d'atrophie des muscles animés par le médian et le radial, atrophie qui se compléta plus tard.

M. Dumesnil rappelle qu'en 1872 il a présenté un travail sur des faits de ce genre à la Société de chirurgie, et qu'il les a interprétés par l'hypothèse d'une névrite ascendante ; du reste, la preuve anatomique en a été donnée par lui-même dans un travail publié en 1866 dans la Gazette hebdomadaire et relatif à un cas de contusion du nerf sciatique, terminé par une paralysie glosso-labio-laryngée.

M. Ollier appelle l'attention sur les névrites consécutives aux arthrites et aux résections.

Il a vu, dans un cas de résection non pratiquée par lui, deux névromes du nerf cubital.

Dans d'autres cas, il a observé des épaississements du nerf qui n'avaient provoqué pendant la vie aucun phénomène de névrite.

Enfin l'auteur a souvent observé, dans le cours d'arthrites, des douleurs qui disparaissaient après la résection.

M. Lannois, interne des hôpitaux de Paris, donne lecture d'un travail de M. Gailliard sur *un fait intéressant de tétanie d'origine gastrique.*

Cette tétanie était caractérisée par des crises de contracture des muscles avec hypéresthésie sans participation du tronc et de la face ; la connaissance était intacte.

Ces accidents, pour l'auteur, étaient en rapport avec une dilatation de l'estomac, et la forme observée a été considérée comme intermédiaire entre la tétanie bénigne et la tétanie maligne.

M. Prunières (de Marvejols) fait une communication *sur la chirurgie et l'anatomie pathologique de la période préhistorique.*

L'auteur décrit des lésions pathologiques observées par lui sur divers os provenant des cavernes de la Lozère. Ce sont des fractures diverses des tibias, des côtes et de l'atlas, des vertèbres atteintes de *Spina bifida.*

Ces pièces placées sous les yeux des divers membres du congrès présentent, au point de vue de l'âge probable des sujets du siège et des variétés des lésions constatées, le plus grand intérêt chirurgical.

— M. Bernheim (de Nancy) fait une communication orale sur *la Suggestion à l'état de veille.*

On peut, dit l'auteur, chez des sujets déjà hypnotisés, mais éveillés au moment de l'expérience, et en leur disant ce qu'on va faire, produire le trismus, la catalepsie, l'hallucination et l'anesthésie limitée ; il suffit à l'expérimentateur d'affirmer que le phénomène s'est produit pour en constater la réalisation.

Comme exemple curieux, l'auteur déclare qu'il n'a qu'à dire à un de ces malades qu'il a les pieds cloués au sol pour que ce dernier ne puisse les détacher.

M. Bernheim a pu aussi produire le transfert de l'hémianesthésie, la disparition de la catalepsie d'un membre, l'hémiamblyopie.

— M. Bergeon lit un mémoire sur *les Injections médicamenteuses dans la trachée.*

Elles sont, dit l'auteur, très bien supportées par les chevaux, les vaches et les chiens. Elles donnent peu de troubles fonctionnels. Il est possible de faire chez l'homme de semblables injections, à la condition que l'aiguille trocart soit pourvue d'un mandrin qui empêche l'oblitération dans le passage à travers les tissus.

M. Bergeon conseille de pratiquer l'injection dans le décubitus dorsal pour éviter la syncope.

L'auteur cite le cas d'un phthisique chez lequel il a pu pratiquer de la sorte en trente-cinq jours vingt-cinq injections calmantes.

— M. Potain prend la parole pour rappeler les expériences de Claude Bernard sur les animaux et dont l'éminent physiologiste avait conclu que la trachée pouvait servir de voie d'absorption. Un médecin de la marine a réussi ainsi à guérir des accès pernicieux en injectant du sulfate de quinine dans la trachée.

Le traitement direct des lésions pulmonaires est une méthode nouvelle et peut être féconde ; il faut l'essayer.

Les résultats ainsi obtenus ont été jusqu'ici médiocres ; mais, en agissant au début et en portant le médicament sur une étendue plus considérable de l'organe, on pourra peut-être obtenir un meilleur effet.

Picqué.

(A suivre.)

(1) Cette communication aurait dû paraître en même temps que celle de M. Dransart, qu'elle complète. Les exigences de la composition nous ont empêché de le faire.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 août 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

De la kératite astigmatique. Note de M. G. Martin, présentée par M. Marey.

On observe, tout particulièrement pendant l'adolescence, des kératites tenaces, graves, récidivant presque toujours, et ayant comme conséquence une diminution notable de l'acuité visuelle. Tous les médecins considérent ces kératites comme une manifestation de la diathèse scrofuleuse.

Le plus souvent, ces kératites sont doubles, et quand elles ne portent que sur un seul œil, c'est toujours l'œil le plus astigmate qui est atteint. Ce fait nous a parn tellement constant que, lorsque l'examen de l'œil sain est seul possible et qu'il révèle une anomalie de courbure de la cornée, cette constatation suffit pour porter le diagnostic de kératite astigmatique.

Toutes les kératites dites « scrofuleuses » ne sont pas forcément astigmatiques. Inversement on peut observer quelquefois des kératites astigmatiques chez des sujets non scrofuleux; d'où, à nos yeux, la justification du titre de la présente note.

Pour que les astigmates soient exposés à ces kératites, il faut que leur accommodation soit souvent mise en jeu par une application soutenue sur des objets de petites dimensions. Dans ces conditions, les contractions répétées des muscles ciliaires amènent des désordres dans la circulation du globe de l'œil et particulièrement dans celle de la cornée dont la vascularisation est plus délicate.

Ce rapport de cause à effet que nous voulons établir a des conséquences essentiellement pratiques. Il indique la marche à suivre dans le traitement et les précautions à prendre pour éviter les récidives. Il fait même prévoir qu'une première atteinte pourra être évitée par l'emploi de verres correcteurs, et que la vision des individus ayant des lésions cornéennes anciennes dues à la kératite astigmatique pourra presque toujours être améliorée par ces mêmes verres.

Tout fait prévoir que désormais la marche de ces ophtalmies subira une grande transformation. Au lieu de ces cas chroniques, qui souvent amenaient ou une interruption dans les études ou un changement de profession, il est permis de penser qu'on n'observera plus que des kératites de courte durée et peu compromettantes pour la vision.

Séance du 20 août 1883.

Observation relative a un passage de la Communication récente de M. V. Burq sur l'emploi du cuivre comme préservatif contre le choléra. — Lettre de M. Vulpian à M. le Secrétaire perpétuel.

« Trouville-sur-Mer, le 19 août 1883.

M. V. Burq a communiqué à l'Académie des Sciences dans la séance de lundi dernier, un travail dans lequel je lis cette phrase (Comptes rendus, 13 août 1883, p. 483): « En ce moment même, « d'après ce qu'aurait dit M. le professeur Vulpian à Mékong, « dans le delta du Gange et en Egypte, les officiers français et an- « glais se préservent par le cuivre. »

» M. V. Burq a puisé sans doute cette observation dans un journal politique qui m'a attribué, par erreur, une partie de l'article consacré par un de ses rédacteurs à l'étude des moyens de se préserver du choléra. C'est ce rédacteur qui m'a fait connaître ce qu'on lui avait dit de certaines pratiques préventives, mises en usage en Cochinchine, dans l'Inde et en Egypte : quant à moi, je n'en avais jamais entendu parler auparavant.

» Je ne veux prendre aucune responsabilité en ce qui concerne l'utilité du cuivre dans le traitement préservatif du choléra. Cette utilité me paraît bien douteuse : si le cuivre avait une efficacité réelle, il est probable qu'elle aurait été mise en évidence depuis longtemps, dans tous les pays où le choléra a sévi et surtont dans les parties de l'Inde où cette maladie est endémique.

Je ne vois cependant aucun inconvénient à ce qu'on fasse, *avec sagesse*, des essais de traitement préventif à l'aide du cuivre, à la condition toutefois qu'on ne se laisse pas entraîner, par une confiance trop grande dans un moyen probablement chimérique, à laisser de côté les prescriptions hygiéniques qui doivent tenir le premier rang, pour le moment, dans la prophylaxie du choléra. »

Séance du 27 août 1883.

Note et considérations sur un fœtus qui a séjourné cinquante-six ans dans le sein de la mère, par M. Sappey.

M. Sappey rappelle qu'en 1348 M. Beaugendre, de Quimperlé, a extrait, à l'autopsie d'une femme de 84 ans, un fœtus qui avait séjourné pendant 56 ans dans les entrailles de sa mère et qui, pendant cette longue captivité, n'avait subi aucune altération, apparaissant, aux yeux des personnes présentes, sous les traits d'un enfant qui vient de s'endormir. Ce fait démolit, d'une façon péremptoire, la théorie de la pétrification proposée pour rendre compte de ces cas de rétention prolongée de fœtus dans le sein maternel. M. Sappey, en s'appuyant sur les travaux de M. Pasteur, a proposé une nouvelle théorie, qu'il formule ainsi :

« Les enfants qui, après leur mort, se conservent indéfiniment dans le sein de la mère, sont redevables de leur conservation aux conditions physiques de leur emprisonnement, qui ont pour avantage de les mettre à l'abri des germes atmosphériques. »

Nouvelles recherches sur le mode d'action des antiseptiques employés dans le pansement des plaies, par M. Gosselin.

Dans nos travaux de 1879 et 1880, nous avons établi, le docteur Bergeron et moi, que les antiseptiques empêchent l'altération du sang sur les plaies, non seulement en purifiant l'atmosphère des germes de la putréfaction, mais en faisant subir au sang, après sa sortie des vaisseaux, une modification qui le rend imputrescent.

J'ai présumé, dès lors, que cette modification, qui consiste surtout en une coagulation des matières albumineuses, se produisait en même temps dans l'intérieur des capillaires ; mais cette présomption, affirmée aussi par quelques auteurs, notamment par M. Maurice Perrin à propos de l'alcool et par MM. Neudorfer et Gross à propos de l'acide phénique, avait besoin d'une démonstration pour être acceptée par tous et diriger la chirurgie dans l'application et surtout la simplification des pansements antiseptiques. Cette démonstration, je l'ai demandée à quelques expériences dont je viens communiquer ici les résultats.

I. J'ai eu d'abord la pensée de chercher sur des plaies soumises, chez les chiens et les lapins, à l'action de l'acide phénique, les changements anatomiques qui avaient pu en être la conséquence. Mais n'étant arrivé, soit avec l'œil nu, soit avec la loupe, soit avec le microscope, à aucun résultat, je passe sous silence cette partie de mes recherches, et j'arrive de suite à celles qui m'ont amené à quelques conclusions.

II. Ces recherches ont consisté à étaler sur une plaque de liége percée d'une fenêtre les membranes transparentes de certains animaux, sur lesquelles nous pouvons avoir, sous le microscope, l'intéressant spectacle de la circulation capillaire. Je me suis servi, le plus souvent, des membranes transparentes qui réunissent les doigts des pattes postérieures des grenouilles, et dans trois autres cas du mésentère d'un lapin, du mésentère d'une grenouille et de la vessie d'une souris blanche. Une fois que ces membranes étaient bien étalées sur la fenêtre de la plaque de liége, dans le champ du microscope (grossissement environ 200) et que j'y voyais bien nettement le mouvement du sang dans les capillaires, j'amenais sur la membrane, avec un pinceau ou avec un tube, la substance antiseptique, et, laissant l'œil sur l'oculaire, je regardais ce qui se passait.

L'expérience a été faite avec diverses solutions phéniquées, l'alcool pur, l'alcool étendu de moitié d'eau et l'eau-de-vie camphrée.

III. Des résultats obtenus, on peut conclure qu'au contact des antiseptiques, la circulation s'est arrêtée dans les capillaires, par la coagulation plus ou moins rapide du sang, et elle s'est arrêtée plus vite lorsque l'antiseptique était fort (acide phénique au 1/20 et au 1/40, alcool pur), plus lentement et plus progressivement lorsqu'il était faible (acide phénique au 1/100), et que dans un cas le mouvement du sang, après avoir disparu complètement, était rétabli le lendemain.

Je n'ai pu attribuer cet arrêt qu'à la coagulation du sang déterminée par le contact du médicament qui avait traversé les membranes très minces par lesquelles je l'appliquais et la paroi encore plus mince des vaisseaux capillaires. Je dois dire que, malgré l'attention que j'y ai mise, je n'ai pu voir le resserrement indiqué par certains auteurs, et je n'ai pu trouver d'autre explication de la stase sanguine que la coagulation, analogue à celle que j'ai constatée si souvent en 1879 et 1880, sur le sang hors de ses vaisseaux.

Je suis autorisé à croire que ce que j'ai vu sur les pattes de grenouilles et sur le mésentère doit se passer sur les plaies de l'homme, lorsqu'on verse sur elles une des substances dites *antiseptiques*. Malgré la différence d'organisation générale, en définitive le sang de l'homme et les parois de ses capillaires ne présentent pas des conditions physiologiques assez différentes pour qu'on refuse d'admettre que l'antiseptique pénètre dans les capillaires, soit par les orifices résultant de leur section, soit à travers la paroi très mince des plus superficiels d'entre eux, c'est-à-dire de ceux avec lesquels le médicament est le plus certainement en rapport, et qu'il y amène la coagulation et l'arrêt de la circulation comme sur les animaux. Mais une objection va se produire de suite. Est-ce qu'une gangrène générale de la plaie ne sera pas, comme sur les membranes interdigitales des grenouilles, la conséquence de cette coagulation ? A cela je réponds d'abord par la clinique. Il m'est arrivé nombre de fois d'arroser abondamment des plaies récentes avec l'acide phénique au 1/20, l'alcool ou l'eau-de-vie camphrée, et je n'ai jamais eu de gangrène sur ces plaies ; tout au plus ai-je eu de temps en temps une escarre de la peau, sur laquelle je m'expliquerai dans une autre occasion. D'ailleurs à la surface d'une plaie il y a, outre les capillaires superficiels, des vaisseaux plus gros dans lesquels la circulation persiste, et des capillaires profonds dans lesquels l'agent antiseptique ne pénètre pas.

Cette coagulation sanguine à l'extérieur et à l'intérieur des capillaires est-elle le seul effet local produit par le contact des antiseptiques ? Ne se peut-il pas que les autres tissus qui forment le fond d'une plaie étendue, et notamment les tissus musculaire, conjonctif, nerveux même, subissent des modifications analogues, et que ces modifications s'accompagnent de changements dans leur vitalité et leurs aptitudes physiologiques ? Je le présume, mais je ne suis pas en mesure de le démontrer aujourd'hui.

Avons-nous, en thérapeutique, un mot pour exprimer cette propriété remarquable de certains médicaments, d'arrêter ou de diminuer ainsi la circulation capillaire sans amener la gangrène ? Celui d'*antiseptique*, dont je me sers, parce qu'il est consacré par l'usage, indique sans doute une propriété capitale, celle de s'opposer à la putréfaction du sang ; mais il n'exprime pas cette autre propriété d'amoindrir la circulation. Sous ce rapport, le mot un peu vague d'*astringents* leur conviendrait un peu mieux, quoiqu'il indique un resserrement vasculaire que je n'ai pas constaté d'une façon appréciable. J'aime mieux faire remarquer l'analogie qui existe entre l'arrêt de la circulation que nous avons observé et celui que produisent les véritables caustiques. En définitive, cet arrêt est le premier degré d'une cautérisation. La cautérisation a même été complète, mais tardive et progressive, sur les pattes de quelques-unes de nos grenouilles. Elle est restée incomplète sur d'autres, de même qu'elle reste incomplète chez l'homme. On pourrait donc dire que ces médicaments sont utiles de deux façons : d'abord parce qu'ils sont germicides et antiseptiques, ensuite qu'ils sont astringents ou demi-caustiques.

En tout cas, ils agissent sur les plaies, non seulement en empêchant la putréfaction, mais en coagulant l'albumine du sang à l'extérieur et à l'intérieur des capillaires superficiels, et peut-être en même temps toutes les matières albumineuses de la surface des plaies.

Quelles sont, pour la marche ultérieure de ces plaies, les conséquences de ces modifications ? Quel rôle leur connaissance doit-elle jouer dans l'emploi des antiseptiques ? C'est ce que je me propose d'examiner dans un prochain mémoire.

Note sur la frigidité antiseptique des plaies, par M. Gosselin.

Quelles sont, pour la marche ultérieure des plaies, les conséquences physiologiques des modifications imprimées aux plaies par les pansements antiseptiques ?

Pour répondre à la question, j'ai besoin de jeter un coup d'œil rapide sur les phénomènes consécutifs aux deux variétés principales de grandes plaies que nous soumettons avec un avantage incontestable au pansement antiseptique : celles que, par nécessité ou volontairement, nous laissons ouvertes et pour la réparation desquelles nous attendons la suppuration, puis celles que nous fermons au moyen de la suture, et pour lesquelles nous désirons la réunion dite immédiate.

1o *Plaies ouvertes*. — A l'époque où nous ne nous servions pas des antiseptiques et où nous ne faisions guère que des pansements protecteurs, nous constations sur ces plaies, avant l'établissement de la suppuration, un gonflement chaud, rouge et douloureux de leurs bords, une mortification plus ou moins considérable de leur surface, un suintement sanguinolent plus ou moins fétide, plus tard une couche membraneuse rouge et granuleuse, puis le retrait et le dessèchement progressif de cette couche. Nous admettions, avec ces phénomènes appréciables par nos sens, la production de phénomènes intimes, plus difficiles à observer, qui consistaient en une hyperémie de toute la plaie par agrandissement de ses capillaires primitifs, formation de capillaires nouveaux, et création, aux dépens tant de ces vaisseaux que de la lymphe coagulable et des cellules embryonnaires, de la membrane granuleuse pourvue de la fonction pyogénique. Nous avions un mot, celui d'*inflammation*, pour expliquer l'ensemble de ces phénomènes, nous disions que, dans les cas favorables, l'inflammation restait modérée et suffisait pour amener la réparation, sans autre accident morbide ; que dans les cas moins heureux, elle dépassait les limites nécessaires et engendrait les complications connues sous le nom de *fièvre traumatique, érysipèle, infection purulente*.

Aujourd'hui nous appliquons sur ces plaies des linges, de la charpie ou du coton, imbibés d'une substance antiseptique plus ou moins forte (acide phénique au 1/20 ou au 1/40, alcool à 86o pur ou étendu d'eau, eau-de-vie camphrée ou toute autre), et voici ce qui nous frappe : pas de rougeur, de chaleur, de gonflement ni de mauvaise odeur ; en revanche, apparition lente de la membrane pyogénique et durée très longue de la cicatrisation. Quant aux phénomènes intimes, nous ne pouvons les observer mieux que dans le cas précédent : nous savons que des coagulations se sont faites à la surface de la plaie et dans quelques-uns de ses capillaires, nous soupçonnons avec raison que, pour l'établissement tardif de la membrane granuleuse, des capillaires nouveaux ont dû se produire aux dépens de la lymphe plastique et de la prolifération cellulaire. Bref, ce sont les mêmes phénomènes que tout à l'heure ; seulement ils sont arrivés plus tardivement, et le processus qui leur a donné naissance, au lieu d'être chaud et rapide, a été si froid et si lent que c'est à peine si nous pouvons lui donner encore le titre d'*inflammatoire*. Nous avons quelquefois exprimé le résultat en disant que ces substances avaient un effet antiphlogistique. Mais je voudrais un mot plus significatif pour indiquer cette grande lenteur de réparation donnée par les antiseptiques aux plaies ouvertes ; en attendant mieux, je propose celui de *frigidités* et je dis que ces médicaments produisent à froid les

phénomènes de la cicatrisation, tandis qu'avant leur emploi tout se faisait à chaud.

Et maintenant comment expliquer cette frigidité si remarquable ? Pour ceux qui, avec Lister et ses partisans, n'ont vu dans les antiseptiques qu'un moyen de supprimer la putréfaction, la réponse, sans être très péremptoire, a été à peu près celle-ci : la putréfaction et l'irritation amenée par le contact de ses produits sur la plaie sont les causes de l'inflammation vive. En supprimant la première, on atténue la seconde.

Cette théorie ne me suffit pas. Quoique je ne puisse dire rigoureusement par quel mécanisme la coagulation des matières albumineuses et l'oblitération immédiate de quelques capillaires diminuent l'intensité du processus inflammatoire, je ne puis m'empêcher cependant de voir une relation entre ces deux choses, et d'expliquer la frigidité par les changements moléculaires et physiologiques dus à l'antiseptique.

1° *Plaies fermées par la suture.* — Si je compare les résultats que nous donnait autrefois, sous les pansements protecteurs, la réunion immédiate, avec ceux que nous donnent aujourd'hui les antiseptiques, je trouve une différence qui s'explique encore par l'intensité de l'inflammation avec menace d'infection quand il s'agissait des premiers, le processus froid et lent, avec diminution des chances d'infection, depuis que nous nous servons des seconds.

Et, cependant, faute d'avoir connu les modifications anatomiques et physiologiques que je résume par le mot de *frigidité*, beaucoup de chirurgiens n'ont pas obtenu du pansement antiseptique, pour les plaies fermées au moyen de la suture, le meilleur résultat possible, savoir la réunion immédiate complète ou presque complète. Cela tient à ce qu'ils ne l'ont pas tous employé de la même façon. Pour ne parler que du pansement de Lister par exemple, les uns se sont contentés de projeter sur la plaie, avant de la fermer, l'acide phénique en solution faible au moyen du pulvérisateur, pendant un temps plus ou moins long ; les autres, laissant de côté le pulvérisateur ou s'en servant seulement pour envoyer la poussière antiseptique dans l'atmosphère plus ou moins loin du champ opératoire, n'ont pas songé à laver la plaie abondamment avant de la fermer. D'autres enfin, appliquant avec rigueur un excellent précepte qu'a donné M. Lucas-Championnière, mais dont il n'a pas fait comprendre la grande utilité, parce qu'il l'englobait exclusivement dans la théorie germicide, ont pris soin de laver largement la plaie, avant l'application de la suture, avec l'acide phénique au vingtième, jusqu'à ce que toute la surface ait pris un aspect chocolat clair.

Les phénomènes consécutifs et les résultats ont varié suivant qu'on a adopté l'une ou l'autre de ces manières de faire, et je n'en veux pas d'autres preuves que celles que m'a données mon observation personnelle.

Jusqu'à la fin de 1878, n'ayant pour me guider que la théorie de la destruction des germes atmosphériques, je croyais remplir l'indication en utilisant la volatilité de l'acide phénique, et mettant rigoureusement en usage tout ce qui, avant, pendant et après l'opération, me paraissait apte à répandre autour de la plaie les vapeurs germicides. Je me servais du pulvérisateur, mais je ne tenais pas à faire arriver la poussière phéniquée sur la plaie, et pour peu que le nuage me gênât, ce qui arrivait le plus souvent, je le détournais et le dirigeais au hasard sur les téguments voisins ; puis, pour chercher les artères, j'abstergeais avec une éponge imbibée le plus souvent d'acide phénique faible (au cinquantième ou au centième). J'avais entendu parler d'intoxication et d'escarres possibles, et c'était pour les éviter que je rejetais les solutions fortes. Je voyais d'ailleurs la plupart de mes collègues, à Paris, agir de la même manière.

Mes résultats étaient assez bons, en ce sens que je n'avais pas de décomposition putride ni d'infection primitive ; mais le plus souvent ma suture se désunissait, la plaie suppurait, et, quand il s'est agi d'amputation, j'ai encore vu survenir l'infection purulente.

Depuis 1879, ayant acquis la notion que les antiseptiques agissaient autrement que par leur puissance germicide, et qu'ils modifiaient avantageusement le sang ; ayant remarqué ensuite les bons effets de l'acide phénique et de l'alcool injectés dans les cavités naturelles et accidentelles où leur utilité ne pouvait pas s'expliquer par l'action germicide, soupçonnant enfin, sans en avoir encore en la démonstration par les expériences sur les animaux, que ces agents pouvaient modifier le sang dans les vaisseaux eux-mêmes aussi bien qu'à l'extérieur, je pris l'habitude de faire, soit avec une éponge, soit avec une seringue, un large arrosement de la plaie, jusqu'à la production de la couleur si bien indiquée par M. Lucas-Championnière, couleur que j'attribue à la coagulation des matières albumineuses à la surface de la plaie.

Mes résultats ont été dès lors beaucoup meilleurs. J'ai eu de temps en temps des réunions immédiates complètes en huit ou dix jours, d'autres fois des cicatrisations du genre de celles que j'ai appelées intermédiaires, en quinze à vingt jours, après écoulement de sérosité sanguinolente sans pus, d'autres fois des cicatrisations mixtes, après des alternatives d'écoulement séro-sanguin et de suppuration très limitée et de courte durée.

Je suis donc arrivé peu à peu à cette conviction que ce qui est essentiel et n'a pas été bien compris par tout le monde, dans le pansement des grandes plaies d'amputation ou d'ablation de tumeur, ce qui est essentiel, dis-je, c'est de laver abondamment la plaie avec l'acide phénique au vingtième ou l'alcool à 86°, avant de la fermer, et je suis en mesure de dire aujourd'hui que ce lavage est utile, parce qu'il oblitère instantanément un certain nombre de capillaires, et qu'il donne cette frigidité qui, tout en lui laissant l'aptitude à l'exsudation des matériaux nécessaires pour l'agglutination prompte, sinon immédiate, des surfaces opposées de la plaie, supprime ou tout au moins retarde et diminue l'aptitude à l'inflammation suppurative.

Ai-je besoin d'ajouter que d'autres substances, et notamment le chlorure de zinc, l'acide salicylique peuvent fournir les mêmes résultats, et que dans l'état actuel de la science le problème à résoudre est celui-ci : quelle est la substance qui, tout en amenant l'imputrescence et supprimant ainsi les chances d'infection grave, possède au plus haut degré le pouvoir de donner, après la suture, la réunion immédiate absolue, tant entre les surfaces profondes qu'entre les bords des grandes plaies accidentelles et opératoires ?

Je n'ai pas voulu entrer dans de plus longs détails, afin de ne pas trop m'écarter des idées que je désirais mettre en relief dans cette note. Mais je tiens à ajouter que je considère aussi comme essentiel, quand la plaie est profonde, l'usage du tube à drainage, que je laisse ce tube rarement plus de quarante-huit heures, et que je le renouvelle toujours le lendemain, en me servant d'huile phéniquée au dixième, pour faciliter son introduction et conduire avec lui quelques vapeurs antiseptiques nouvelles au fond de la plaie. Il va sans dire également qu'à l'exemple de tous, je complète le pansement extérieur avec des pièces antiseptiques (la gaze de Lister, et plus souvent la tarlatane imbibée d'eau-de-vie camphrée). Je présume que les quelques vapeurs antiseptiques émanées de ces pièces pénètrent par les tubes à drainage ou par les fissures de la plaie, et contribuent à entretenir les bons effets locaux produits par le grand lavage dont j'ai parlé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 septembre 1883. — Présidence de M. LARREY.

M. PROUST, secrétaire annuel, lit, au nom de M. Béchamp, membre correspondant, une note sur les microzymas du tubercule pulmonaire, note qui sera complétée par une prochaine communication à l'Académie.

— M. LENNET (de Rouen), membre correspondant, fait une communication sur trois faits d'intoxication par la vapeur de charbon.

Dans les deux premiers faits, il a eu l'occasion d'observer des

phénomènes d'inconscience sur lesquels il croit devoir appeler plus particulièrement l'attention, parce qu'ils n'ont pas encore été signalés.

Un jeune homme monte, dans un grenier où il couchait, du charbon incandescent pour se chauffer; il se produit un commencement d'incendie; le jeune homme s'en aperçoit et court dans une chambre voisine réveiller son camarade et l'engager à se sauver; le camarade se sauve, et lui, au lieu de l'imiter, rentre dans sa chambre, et se couche sous son lit, où on le trouve quelque temps après à demi asphyxié.

Dans le second cas, il s'agit d'un matelot qui avait également apporté, pour se chauffer, du charbon incandescent dans la cabine où il couchait avec d'autres matelots; sous l'influence de l'intoxication par la vapeur de charbon, au lieu de se déshabiller complètement pour se coucher, comme il le faisait toujours, il n'ôta que la moitié de ses vêtements et garda ses chaussures. M. Leudet croit devoir attribuer ces actes à une sorte d'état inconscient produit par la vapeur de charbon.

Enfin, dans le troisième fait, M. Leudet a observé, sous l'influence de la même intoxication, des phénomènes de paralysie périphérique momentanée.

— M. Ollier (de Lyon), fait une communication relative à trois cas de néphrectomie. (Voir le compte rendu du Congrès de Rouen).

M. Blot demande comment M. Ollier a pu s'assurer, dans les cas dont il s'agit, que l'un des reins était parfaitement sain.

M. Ollier répond qu'il a pu faire ce diagnostic par induction basée sur l'absence de douleur et de tumeur dans la région du rein opposé à celle du rein malade.

M. Méhu demande quelle était la nature du liquide retiré du kyste rénal.

M. Ollier répond que ce liquide était séreux, non filant et contenant une proportion considérable d'urée.

M. Blot a observé trois cas de rein flottant, et il ne lui est pas venu à la pensée de proposer une opération pour des cas semblables.

M. Ollier n'est pas non plus partisan de la néphrectomie pour les cas de ce genre, à moins cependant que le rein flottant ne soit le siège d'une altération grave susceptible de compromettre la vie des malades.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Potion a la glycérine pour enrayer la dénutrition chez les fébricitants.

(Semmola.)

Rec. Glycérine très pure... 30 grammes.
Acide citrique...... 2 —
Eau distillée......... 500 —

M. s. a. — Une à deux cuillerées à soupe toutes les heures.

La glycérine, qui est un agent d'épargne et qu'on emploie comme succédané de l'huile de foie de morue, est, d'après Semmola, d'un excellent emploi dans le traitement des fièvres de longue durée, comme la fièvre typhoïde, pour diminuer la consomption fébrile. Son emploi est indiqué surtout quand il y a lieu de craindre que l'administration de l'alcool, si usitée de nos jours, n'exerce sur les centres nerveux une excitation capable d'aggraver la maladie.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies mentales, par M. B. Ball, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Asselin et Cie, Paris, 1883.

L'ouvrage de M. Ball, dont nous avons annoncé et analysé sommairement les premiers fascicules à l'époque de leur apparition, est aujourd'hui complet et forme un magnifique volume de près de 900 pages.

Trop de liens d'affection et de dévouement nous rattachent à l'auteur pour ne pas accroître, peut-être à notre insu, l'admiration que nous ressentons pour son œuvre.

Nous l'avouons sincèrement, mais nous ne croyons pas dépasser les limites de la plus stricte impartialité en affirmant que le livre de M. le professeur Ball est une œuvre d'une haute portée scientifique et d'une utilité pratique des plus grandes.

Conçu en vue de l'enseignement, écrit dans un style imagé et d'une pureté irréprochable, qui appartient en propre à M. Ball, empreint de cette vaste érudition qui est une des qualités maîtresses de son talent et qui étonne tous ceux qui l'approchent, étranger à toute préoccupation de parti et à toute idée théorique préconçue, résumant en termes clairs et précis l'état actuel de la science sur les chapitres connus de l'aliénation, faisant aussi une large part aux questions nouvelles, évitant avec soin l'aridité et l'obscurité, défauts si communs en semblable matière, pour se maintenir constamment dans un juste milieu, sur le terrain à la fois clinique et pratique, le livre de M. le professeur Ball est bien véritablement l'ouvrage qui répondait aux besoins du moment, celui qui pouvait servir à répandre partout les notions aujourd'hui acquises en aliénation mentale.

Un tel livre, comme la plupart des livres classiques, échappe à l'analyse minutieuse et détaillée, et il est de ceux qu'on apprend plutôt qu'on ne les commente. Les chapitres qui le composent et dans lesquels sont successivement et magistralement traités *l'historique de l'aliénation mentale, la folie en général, ses caractères d'ensemble, ses formes symptomatiques, ses variétés principales*, enfin les *règles* qui doivent servir de base à son *diagnostic*, à son *pronostic* et à son *traitement*, forment un tout méthodique et complet dont les diverses parties ne peuvent être séparées ni analysées à part.

Les Leçons cliniques sur les maladies mentales de M. Ball constituent un ouvrage qui a sa place marquée dans toutes les bibliothèques. Beaucoup de médecins, étrangers ou non à la pratique de l'aliénation, l'ont déjà entre les mains. Il me suffira d'en indiquer l'existence et l'importance pour que cet exemple soit suivi par tous ceux qui reconnaissent que la psychiatrie fait aujourd'hui partie intégrante de la science médicale, et qu'un médecin ne peut plus rester étranger aux notions scientifiques que nous possédons sur ce sujet.

Dr E. Régis.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

L'*Année médicale*, résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du docteur Bourneville, avec la collaboration d'un grand nombre de médecins (in-12, librairie Plon), vient d'atteindre sa cinquième année (1882). C'est un livre utile, pour ne pas dire indispensable, à tous ceux qui, voulant se tenir au courant des progrès réalisés dans les diverses branches des sciences médicales, n'ont pas le temps de parcourir chaque semaine les revues importantes ainsi que les comptes rendus des sociétés savantes.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Enseignement. — *Hôpital Saint-Louis.* — Clinique chirurgicale : M. le docteur Kirmisson, les lundis et vendredis, à neuf heures.

Epidémies. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, les récompenses suivantes ont été décernées par le ministre du commerce aux médecins qui se sont distingués, en 1881, par des travaux spéciaux sur les épidémies :

Médaille d'or. — M. le docteur Paris (de Versailles).

Rappels de médailles d'or. — MM. les docteurs Lecadre (du Havre) et Pilat (de Lille).

Médailles d'argent. — MM. les médecins-majors de première et de deuxième classe Bédoin, Coustan, Eude et Fenvrier ; MM. les docteurs Grollemund (de Saint-Dié), Guibert (de Saint-Brieuc), Houzet (de Montreuil-sur-Mer), Lallemand (de Dieppe), Liégeois (de Bainville-aux-Saules) et Villard (de Guéret).

Rappels de médailles d'argent. — MM. les docteurs Daniel (de Brest), Manouvriez (de Valenciennes), Mauricet (de Vannes), Mignot (de Chantilly), Pennetier (de Rouen), Perroud (de Lyon) et Regnier, médecin en chef de l'hôpital militaire de Batna.

Médailles de bronze. — MM. les médecins-majors et aides-majors Aubert, Gils, Granier et Lebastard ; MM. les docteurs Brodier (de Bazoncourt), Firbot (de Nevers), Fouilhoux, Motard (de Saint-Jean-de-Maurienne), Rousseau (de Liré) et Pommay, médecin en chef de l'hôpital militaire de Teniet-el-Haad ; M. Gebhart, pharmacien à Epinal.

* * *

Crémation des cadavres. — M. le docteur Brouardel, chargé par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine d'examiner si, en temps d'épidémie et en particulier d'épidémie cholérique, il y aurait pour l'hygiène publique utilité à autoriser la crémation des cadavres, a donné lecture de son rapport dans la dernière séance du Conseil. Il en résulte que les intérêts de la justice et ceux, tout aussi graves, des personnes injustement inculpées d'avoir commis une intoxication, seraient sérieusement compromis par l'adoption de la crémation, surtout en temps d'épidémie de choléra. Il a fait remarquer en outre que les manipulations des cadavres nécessitées par la crémation sont plus nombreuses et exposent, jusqu'au moment où le corps est mis dans l'appareil, à autant sinon plus de dangers que lorsque le corps est déposé dans la terre. En résumé, les conclusions du rapport de M. Brouardel se prononçant contre l'incinération en temps d'épidémie ont été adoptées.

Le Conseil a décidé ensuite, dans cette même séance, qu'une commission composée de MM. Brouardel, Bourneville, Armand Goubaux, Legouest, Luys et Peligot serait chargée d'examiner s'il ne conviendrait pas d'autoriser, à titre d'essai, la crémation des corps ayant servi à des études anatomiques.

* * *

Ecoles de médecine. — Officiers de santé.

Le président de la République française,

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Article premier. — La durée des études pour obtenir le titre d'officier de santé est de quatre années, pendant lesquelles le candidat doit prendre seize inscriptions trimestrielles. — En prenant sa première inscription, tout candidat à ce grade doit, à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat d'examen de grammaire, complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial. — Le jury, composé de trois membres, est nommé par le recteur.

Art. 2. — Les aspirants au titre d'officier de santé suivent dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie les cours suivants :

Première année. — Physique, chimie, histoire naturelle, ostéologie et arthrologie.

Deuxième année. — Anatomie, physiologie et pathologie externe.

Troisième année. — Anatomie, physiologie, pathologie interne et pathologie externe, clinique interne et clinique externe.

Quatrième année. — Pathologie interne et pathologie externe, hygiène, thérapeutique et matière médicale ; clinique interne, clinique externe et clinique d'accouchements.

Art. 3. — Les travaux pratiques sont obligatoires. Ils portent, en première année : sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle ; en deuxième année : sur l'anatomie et la physiologie ; en troisième année : sur l'anatomie, la physiologie et la médecine opératoire.

Art. 4. — Le stage hospitalier, également obligatoire, commence avec la cinquième inscripion ; il se continue jusqu'à la fin des études.

Art. 5. — A la fin de chacune des trois premières années, les candidats subissent, devant un jury composé de professeurs de l'école, un examen sur les matières suivantes :

Examen de 1re année. — Physique, chimie, histoire naturelle, premiers éléments d'anatomie (ostéologie et arthrologie).

Examen de 2e année. — Anatomie descriptive et physiologie.

Examen de cinquième année. — Pathologie interne et pathologie externe.

Art. 6. — Le candidat ajourné à l'examen de fin d'année peut se présenter de nouveau au mois de novembre suivant. S'il échoue à cette dernière session, il est renvoyé à la fin de l'année suivante, et le cours de ses inscriptions est suspendu. — Le candidat qui ne s'est pas présenté à la session d'août ne peut subir l'examen de fin d'année à la session de novembre qu'en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le recteur, après avis de l'Ecole.

Art. 7. — Les examens définitifs ne peuvent être subis qu'après la seizième inscription. — A cet effet, il est institué dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie deux sessions d'examens : l'une au mois d'août, l'autre au mois d'avril. Cette dernière session est exclusivement réservée aux candidats ajournés au mois d'août précédent.

Art. 8. — Pour les examens définitifs, le jury est composé d'un professeur d'une Faculté de médecine ou d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie, président, et de deux professeurs de l'Ecole de plein exercice ou de l'Ecole préparatoire.

Art. 9. — Les trois examens définitifs sont soutenus devant la Faculté ou Ecole dans la circonscription de laquelle l'officier de santé doit exercer.

Art. 10. — Les examens définitifs pour le titre d'officier de santé comprennent : — Le premier, l'anatomie, la physiologie et une épreuve pratique de dissection. — Le deuxième, la pathologie interne, la pathologie externe, la thérapeutique, la matière médicale et une épreuve pratique de médecine opératoire. — Le troisième, la clinique interne, la clinique externe et la clinique d'accouchements.

Art. 11. — Le présent décret est applicable à partir du 1er novembre 1883, pour les aspirants au diplôme d'officier de santé qui prendront à cette époque la première inscription. — Les aspirants au diplôme d'officier de santé actuellement en cours d'études restent, s'ils en font la demande, en ce qui concerne les examens, soumis au régime établi par les décrets et règlements antérieurs. — Au mois de novembre 1886, le présent décret sera seul en vigueur.

Art. 12. — Sont abrogées les dispositions contraires au présent décret.

Art. 13. — Le président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 1er août 1883.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

306. M. Lacharrière. Essai sur le traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale. — 307. M. Nicolas. Sur deux variétés de fistules ombilicales. — 308. M. Balette. De l'action du salicylate de soude sur l'utérus. — 309. M. Respaut. Du délire épileptique. — 310. M. Forest. L'acide pyrogallique (Contribution à son étude physiologique et clinique). — 311. M. Frangeul. Etude clinique sur l'impaludisme dans les maladies. — 312. M. Brisson. Etude sur la sciatique blennorrhagique. — 313. M. Duerohet. De l'érythème tricophytique. — 314. M. Cadet de Baisse. Contribution à l'étude des tumeurs de l'ombilic chez l'adulte. — 315. M. Bernède. Etude sur l'amaurose consécutive au tranmatisme de la région préorbitaire. — 316. M. Ganéry. Traitement des fractures de l'humérus. — 317. M. Laserand. La pilocarpine. — Etude physiologique et thérapeutique. — 318. M. Giscaro. Etude comparée de la pneumonie grave dite infectieuse avec les pneumonies dites à forme typhoïde. — 319. M. Mancotel. Polyurie consécutive aux traumatismes du crâne.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 31 AOUT AU JEUDI 6 SEPTEMBRE 1883.

Fièvre typhoïde 40. — Variole 2. — Rougeole 17. — Scarlatine 1. — Coqueluche 15. — Dipthérie, croup 27. — Dysentérie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 175. — Autres tuberculoses 12. — Autres affections générales 64. — Malformation et débilité des âges extrêmes 45. — Bronchite aiguë 13. — Pneumonie 37. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 94, — au sein et mixte 48. — Inconnu 12. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 75. — de l'appareil circulatoire 44. — de l'appareil respiratoire 52. — de l'appareil digestif 53 — de l'appareil génito-urinaire 20. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0, — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 20. — Causes non classées 5. — Total de la semaine : 929 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

TRAITÉ DES EAUX MINÉRALES DE LA FRANCE ET DE L'ÉTRANGER, de leur emploi dans les maladies chroniques, par le docteur Max-Durand-Fardel, président honoraire de la société d'hydrologie médicale de Paris, médecin-inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy (3e édition). — Paris, 1883, 1 volume in-8 de 650 pages. — Prix : 10 fr. — Germer-Baillière et Cie, 108, boulevard Saint Germain.

TRAITÉ DES SIGNES DE LA MORT ET DES MOYENS DE PRÉVENIR LES INHUMATIONS PRÉMATURÉES, par E. Bouchut, professeur agrégé à la Faculté de médecine ; ouvrage couronné par l'Institut de France et par l'Académie de médecine (3e édition considérablement augmentée). — Paris, 1883, 1 vol. in-18 de 442 pages. — Prix : 4 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;

Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN**.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 20 septembre 1883.

Académie de médecine : DE L'ACTION ANTISEPTIQUE DES SELS DE CUIVRE. — INFLUENCE DE LA DIPHTHÉRIE SUR LA GROSSESSE. — LE CHOLÉRA ET LES MICROZYMAS.

L'Académie de médecine a reçu mardi dernier communication d'une note de M. Bochefontaine, que nous publions plus loin *in-extenso* ; l'auteur de cette note fait connaître les résultats d'expériences poursuivies dans le laboratoire de M. Vulpian, et qui permettent de conclure que les composés cuivriques sont dépourvues de toute action délétère sur les vibrioniens ou germes microbiques.

— Dans cette même séance, M. A. Ollivier a relaté un cas d'avortement survenu dans le cours d'une angine diphthéritique grave, au quatrième mois de la grossesse, chez une femme de 24 ans. Cette femme n'a pas présenté, dans le cours de sa maladie, de température fébrile supérieure à 38° 4. Dès lors il faut écarter l'hyperthermie comme cause de cet avortement que M. Ollivier est tenté de rapporter à l'adultération du sang maternel par les germes infectieux de la diphthérie. Ce fait, au dire du médecin distingué qui en a donné communication, serait unique dans les annales de la science. Nous ferons remarquer en passant, que certaines circonstances mentionnées dans l'observation de M. Ollivier sont de nature à éveiller le soupçon d'un avortement provoqué plutôt que spontané.

—A propos de la récente discussion engagée au sein de l'Académie sur l'origine de l'épidémie cholérique qui vient de sévir en Egypte et sur l'utilité des quarantaines, M. Béchamp, de Lille, est venu rompre une lance contre la doctrine, aujourd'hui en vogue, de la préexistence des germes pathogènes dans l'atmosphère ambiante. Ceux qui ont suivi les travaux et les publications de M. Béchamp sur les *microzymas*, savent que le médecin de Lille entend sous ce nom des particules organisés qui représentent l'élément vivant *per se* de nos tissus, et qui sont des germes de bactéries susceptibles de se métamorphoser en microbes morbifiques. Suivant cette doctrine, les maladies infectieuses naissent en nous, à l'encontre de ce qu'affirment les partisans de la doctrine des germes préexistants, qui placent l'origine de ces maladies en dehors de l'organisme des individus contaminés.

Nous reviendrons sur la communication de M. Béchamp, dont la fin a été ajournée à la prochaine séance.

E. R.

FEUILLETON

De la bibliographie médicale

Propositions en guise de préface. — Les bibliothèques médicales de Paris ouvertes au public. — Le dépôt légal. — La bibliothèque de l'Académie de médecine. — Les manuscrits du fonds Daremberg.

Suite. — Voir les numéros 26 et 33.

Des administrations étrangères, toujours nous devons citer en première ligne le gouvernement Américain. Son ministère de la guerre nous a transmis les trois volumes parus du catalogue de la bibliothèque médicale de ce département, bibliothèque des plus considérables ; de plus ses documents récents, des recueils de photographies, etc., son ministère de l'intérieur nous envoie ses rapports géologiques et ethnographiques ; ses villes principales, des bulletins de démographie.

L'Angleterre nous offre les rapports du conseil général de santé, rapports excellents au dire des meilleurs juges, ses documents statistiques, ceux publiés par le gouvernement des Indes, la commission médicale de Shanghaï, etc.

La Belgique nous adresse toujours les documents publiés par ses universités, les rapports de ses bureaux d'hygiène.

La Hollande, l'Italie, l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, la Russie, la Suède et la Norvége ont bien voulu transmettre à l'Académie les documents analogues, et, il faut le reconnaître, il existe vraiment une solidarité réelle entre les bibliothèques des grands corps savants de l'Europe. Chacun de ses conservateurs comprend la nécessité d'augmenter, autant que cela lui est possible, les richesses de son voisin, puisque la réciprocité suit immédiatement.

Et cependant il y a encore beaucoup à faire. Aucun de nos grands dépôts de livres n'oserait affirmer qu'il est à peu près complet, et il arrive plus d'une fois que chacun de nous est obligé d'adresser successivement à ses collègues, un lecteur qui ne trouve nulle part le livre dont il aurait besoin.

Il ne serait pas difficile cependant de remédier à cette imperfec-

CLINIQUE CHIRURGICALE (1)

FRACTURE DE LA MALLÉOLE EXTERNE CHEZ UN HÉPATIQUE ; ÉRYSIPÈLE ; MORT, par M. le docteur PICQUÉ.

Le nommé Leroy, Pierre, âgé de 52 ans, journalier, entre le 16 janvier 1883 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Berger, salle Sainte-Vierge, no 1 his.

Le malade nous raconte qu'il y a huit jours environ il a été renversé dans la rue, son pied a tourné, il ne sait pas dans quelle direction; il n'a pu se relever. Quelques excoriations à la joue dans sa chute sur le rebord du trottoir.

Depuis le moment de son accident, le sujet est resté constamment au lit : dès le deuxième jour, grands maux de tête avec fièvre intense, insomnie et perte d'appétit. Rougeur brûlante de la face.

Le malade avoue des habitudes invétérées d'alcoolisme. Bonne santé antérieure.

Etat actuel : On voit au niveau de l'apophyse orbitaire externe du côté droit quelques croûtes : autour et jusque sur la face, le nez et le front du côté correspondant, existe une rougeur avec œdème, limitée par un rebord régulier et saillant : c'est évidemment de l'érysipèle.

Au niveau de la malléole externe du pied droit existe une large ecchymose sans plaie, dont le maximum est à la gaine des péronéens latéraux ; de plus, il y a rougeur et un peu d'empâtement de la peau. Elargissement de la mortaise tibio-péronière. La pression est douloureuse sur toute la région ; mais de plus il y a de la douleur spontanée et dans les mouvements communiqués.

Mobilité anormale et crépitation évidente au niveau de la malléole externe.

Du côté de la malléole interne, non sur la malléole même, mais au niveau de l'insertion du ligament latéral interne, on trouve une légère douleur à la pression.

Ces signes joints à l'impotence fonctionnelle sont plus que suffisants pour nous faire admettre une fracture de la malléole externe et le mécanisme de l'adduction.

Symptômes généraux graves : la fièvre est intense, le pouls fréquent, la langue chargée, l'appétit nul. Température de 40o.

Le soir de son entrée, notre malade présente pour la première fois du délire loquace, évidemment alcoolique. On est obligé de lui mettre la camisole pour le maintenir dans son lit.

(1) Travail lu au Congrès de Rouen.

Le membre est placé provisoirement dans une gouttière ; applications d'eau blanche.

Le 17 janvier, l'état s'est aggravé ; l'érysipèle a envahi le cuir chevelu ; la température reste élevée ; le délire continue.

Mort le 18 janvier.

L'autopsie est pratiquée le 19, trente heures environ après la mort.

Du côté de la jointure, nous trouvons les particularités suivantes :

Du côté de la malléole externe, un peu au-dessous de son collet, existe un trait de fracture oblique dirigé en haut et en dehors. Au voisinage de la saillie interne formée par le fragment supérieur existe un autre trait peu étendu, vertical, qui a séparé de ce fragment une sorte d'aiguille ossense qui comprend la saillie interne déjà indiquée.

Le ligament tibio-péronéal inférieur est complètement déchiré.

Les ligaments latéraux externes sont intacts, sauf le péronéo-calcanéen, qui est légèrement distendu.

Du côté des gaines tendineuses, et immédiatement en arrière de la malléole externe, on trouve quelques déchirures transversales.

Il y a de la synovite suppurée.

L'articulation tibio-tarsienne est également pleine de pus.

Le foie est petit, granuleux à sa surface vue à la loupe; son poids est de 1,800 grammes.

L'ouverture du crâne n'a pu être faite.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante à plusieurs titres.

L'érysipèle, qui, parmi les affections septicémiques, est la première susceptible d'engendrer la stéatose hépatique, comme le disait M. Verneuil dans un discours à la Société anatomique en 1874, peut elle-même, comme a essayé de le démontrer Pouget dans sa thèse inaugurale en 1876, s'aggraver sous l'influence de lésions viscérales.

Bien que les observations publiées prêtent à qnelques critiques qu'a si bien mises en lumière M. Bouilly dans son travail des ARCHIVES DE MÉDECINE (1876), il n'en est pas moins vrai qu'il y a une fréquence plus grande de l'érysipèle chez les hépatiques.

Notre observation offre un nouveau cas de ce genre, notre malade ayant contracté son érysipèle en dehors de tout foyer, au moins apparent, de contagion, et ayant été atteint d'une cirrhose prononcée qu'on ne pouvait confondre avec une stéatose secondaire d'origine septicémique.

---

tion et le *Dépôt légal*, légèrement remanié, en donnerait les moyens. Examinons ce qu'il est actuellement et ce qu'il devrait être par rapport seulement à nos bibliothèques spéciales.

Dès 1537, des lettres patentes de François Ier, publiées récemment par M. Georges Picot (1), enjoignent à tous les imprimeurs et libraires, de ne mettre ou exposer en vente aucun livre nouvellement imprimé sans « avoir baillé un desdicts livres, volumes ou cahiers « de quelque science ou profession qu'il soit, ès mains de notre amé « et féal conseiller et aumônier ordinaire, l'abbé Melin de Saint-« Gelais, ayant la charge et garde de notre dite librairie, étant en « notre château de Bloys ».

D'autres lettres de 1617 stipulent que deux exemplaires de chaque livre seront remis à la bibliothèque publique ; un arrêt du Conseil d'État du 17 mai 1672 confirme l'obligation du dépôt, et de nombreuses sentences confirmatives sont rendues par le Châtelet, le Parlement ou le Conseil pendant le cours des dix-septième et dix-huitième siècles.

(1) *Le Dépôt légal et nos Collections nationales.* Paris, 1883, in-8.

En 1793, la Convention essaye de constituer la propriété littéraire ; malheureusement, il était loisible à l'auteur ou à l'éditeur de n'effectuer le dépôt de son ouvrage que le jour où il voulait en revendiquer la propriété, et le dépôt obligatoire, aussitôt l'impression et préalablement à la publication ou mise en vente, tomba en désuétude.

La loi de 1810 essaya de remédier au mal, mais le dépôt fut transféré à la préfecture de chaque département, où il se trouve encore aujourd'hui. Malheureusement ce dépôt était envisagé au point de vue politique ; c'était une mesure de sûreté générale, et les exemplaires destinés à la Bibliothèque nationale sont souvent retenus par la nécessité d'un examen confié à la censure de la police, au parquet, et les oublis, le désordre s'en mêlant, des départements, comme les Bouches-du-Rhône par exemple, envoient à Paris, en 1850, dix ouvrages par an !

Cependant la loi du 30 juillet 1831 est formelle : « Il sera fait par l'imprimeur, — stipule l'article 3, — sous peine d'une amende de 16 à 300 fr., un dépôt de deux exemplaires destiné aux collections nationales »

Un deuxième point intéressant demande à être mis en lumière.

Cet homme avait une fracture simple sans plaie extérieure et néanmoins huit jours après il survient une arthrite et une synovite suppurée.

Il est très probable qu'il n'y a là qu'une auto-inoculation d'après le mécanisme invoqué par M. Verneuil, et que l'érysipèle, maladie infectieuse, a fait suppurer à distance le foyer de la fracture; mais on ne peut s'empêcher de songer qu'on a affaire à un hépatique dont la lésion viscérale a peut-être été pour quelque chose dans cette suppuration.

Est-ce une simple coïncidence? Il serait intéressant d'en rechercher ultérieurement la fréquence.

PICQUÉ.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

LE TRAITEMENT ANTIPARASITAIRE DE LA TUBERCULOSE. — CHIRURGIE PULMONAIRE ANTISEPTIQUE.

Nous avons déjà mentionné, dans ce journal, les expériences cliniques tentées en vue d'enrayer dans sa marche la tuberculose pulmonaire au moyen des ressources de la médication parasiticide, expériences inspirées par la découverte récente de M. Koch et qui ont eu pour théâtre le principal hôpital de Berlin. Nous avons signalé ce que ces expériences avaient présenté d'aventureux, pour ne pas dire de répréhensible, car elles ont consisté, en partie, à faire respirer à des tuberculeux des vapeurs irritantes et toxiques, et à leur injecter directement dans le poumon des liquides irritants, tels que l'alcool, des solutions de sublimé, d'acide nitrique. Avec une franchise qui les honore et à laquelle nous avons rendu justice, ceux qui avaient eu l'idée de ces tentatives ont confessé que les résultats obtenus ont été déplorables. Si nous revenons sur cette question, pour relater avec plus de détails les expériences faites à Berlin dans le service de M. Leyden par M. Hiller (1), c'est pour mieux faire voir combien grande est l'erreur de ceux qui, dans le traitement des maladies supposées parasitaires, ne se préoccupent plus que de donner la chasse au microbe, selon la pittoresque expression de M. Bouchardat.

Les expériences de M. Hiller ont été faites sur 91 tuberculeux, choisis parmi ceux qui présentaient encore des chances sérieuses de guérison; c'est-à-dire que chez ces malades la lésion pulmonaire, à en juger par les signes physiques, était encore à ses débuts, la consomption peu marquée, l'appétit bien conservé, la fièvre nulle ou peu intense, l'état général assez satisfaisant pour que les malades fussent encore à même de se promener en plein air, par les temps favorables.

Voici l'énumération des substances antiparasiticides employées dans le but d'enrayer dans sa marche la lésion pulmonaire : 1° *Sublimé;* 2° *Iodoforme;* 3° *Brome;* 4° *Alcool éthylique;* 5° *Alcool méthylique;* 6° *Acide sulfhydrique;* 7° *Acide arsénieux;* 8° *Acide borique;* 9° *Acide salicylique.*

Pour ce qui concerne la voie d'incorporation, on a employé tour à tour chez les mêmes malades, les inhalations, de gaz on de vapeurs, les pulvérisations de solutions médicamenteuses, les injections pratiquées directement dans le parenchyme pulmonaire, les injections sous-cutanées, l'administration *per os.* Il est arrivé assez souvent qu'un même sujet ait été soumis successivement à plusieurs des médications énumérées plus haut.

Quant aux résultats obtenus, voici textuellement ce qu'en dit M. Hiller : Quel que fût le remède employé et avec n'importe quel mode d'incorporation, il a été impossible d'enrayer le processus tuberculeux dans les poumons, ni d'obtenir la disparition des bacilles en suspension dans les crachats. A la vérité, dans le cours du traitement antiparasiticide, on a noté des rémissions passagères; mais elles n'ont pas été assez constantes, et elles n'ont pas assez coïncidé avec la nature et la durée du traitement mis en œuvre, pour qu'on y pût voir une relation de cause à effet.

C'est le traitement par le sublimé qui a paru donner les résultats les plus satisfaisants, les seuls aussi sur lesquels le travail que nous analysons fournisse des renseignements détaillés. Il est vrai de dire que cette médication a fait l'objet des expériences les plus nombreuses, qu'elle a été appliquée de préférence aux tuberculeux dont la maladie se présentait avec les meilleures chances de guérison, et que les malades,

(1) HILLER. Influence de la découverte des bacilles tuberculeux sur le traitement de la tuberculose (*Zeitschrift für Therapie*, 1883, n° 13).

Que deviennent ces deux exemplaires? La Bibliothèque nationale que l'on peut considérer comme le grand dépôt légal, où tout doit parvenir, est obligée, si l'on veut, de conserver l'un; mais l'autre? S'il parvient à cette Bibliothèque, il est inutile; s'il est conservé en province, et pour ne parler que de la médecine, à quoi peut-il servir? Une vingtaine de villes, en France, possèdent une école de médecine, et les autres bibliothèques sont des établissements appartenant aux villes et non à l'Etat.

Je n'ai pas voulu m'arrêter sur les difficultés du dépôt légal en lui-même, difficultés signalées par M. G. Picot dans son intéressante notice. Les feuilles d'un livre sont déposées l'une après l'autre, et comme il arrive parfois que l'imprimeur est changé pendant le cours de l'impression, il en manque plus d'une à l'appel. Les planches hors texte parviennent en dehors du texte, et par conséquent celui-ci sans les planches; puis ce sont les tables, titres, etc., qui sont transmis sans indication rigoureuse, d'où, pour la Bibliothèque nationale, des difficultés sans nombre; mais ce sont là des détails en dehors du but de notre travail, et nous devons nous borner à formuler, comme conclusion, quelques propositions tendant à modifier le dépôt légal, d'accord au fond avec les législateurs qui s'occupent en ce moment de la question. Nos modifications ont pour objectif l'accroissement des bibliothèques publiques de médecine.

Dr A. DUREAU.

(A suivre.)

HOSPICES CIVILS DE BORDEAUX. — Un concours sera ouvert, le 4 décembre prochain, pour la nomination à trois places de médecins-adjoints.

* *

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret présidentiel, M. le docteur Soulier, maire du Puy, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

* *

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — M. le docteur Dive est nommé médecin du bureau de bienfaisance du dix-huitième arrondissement de Paris.

dans le cours du traitement, bénéficiaient d'une alimentation très fortifiante en même temps qu'ils étaient soumis à l'usage de l'huile de foie de morue, des analeptiques (cognac) et de la décoction de phosphate acide de chaux (comme tisane).

Habituellement le sublimé était administré par la voie hypodermique, à la dose quotidienne de 1 centimètre cube à 1 centimètre cube 1/2 d'une solution à 1 millième. Quarante-quatre malades ont été traités de la sorte. Chez plus de la moitié, il a fallu interrompre le traitement dès les premières injections, soit que les malades se refusassent à endurer la douleur occasionnée par les piqûres, soit que la médication fit naître les accidents dont il sera parlé plus loin. Chez dix-neuf malades, on a pu poursuivre le traitement jusqu'aux limites qu'on s'était proposées au début, c'est-à-dire pratiquer un total de quarante injections dans l'espace d'un mois et demi. De ces dix-neuf malades, cinq sont morts, déjà au bout de quelques semaines. Chez les douze autres s'est manifestée une amélioration que M. Hiller n'hésite pas à qualifier d'*apparente*, assez sensible toutefois pour autoriser la sortie des malades de l'hôpital. Il s'agissait de tuberculeux avec des lésions minimes dans les sommets ; l'état général, très satisfaisant au début, s'était maintenu tel quel, voire amélioré dans l'un ou l'autre cas; les signes stéthoscopiques s'étaient amendés, l'expectoration avait diminué. A maintes reprises, on a pu constater dans le cours du traitement la diminution du nombre des bacilles tuberculeux constatés dans les crachats à l'aide du microscope, résultat auquel M. Hiller avoue ne pas attacher grande importance, parce que le fait s'observe chez les phthisiques avec n'importe quel traitement. Jamais, d'ailleurs, les bacilles de Koch n'ont entièrement disparu des crachats.

Or, d'une façon générale, les injections au sublimé ont été très mal supportées, occasionnant chez beaucoup de malades de la stomatite, de la sialorrhée, des troubles digestifs, de l'anorexie, un mauvais goût dans la bouche, des diarrhées, du tremblement, de l'insomnie, de l'abattement, etc., etc. Dans les cas avancés de phtisie, dit M. Hiller, chez les malades qui sont condamnés à garder le lit, en proie à la fièvre, le sublimé manifeste une action absolument délétère ; il détermine la prostration des forces et peut accélérer la terminaison fatale, comme l'auteur l'a pu observer chez un de ses malades.

Dans deux cas de tuberculisation laryngée avec participation minime des poumons, M. Hiller a eu recours aux inhalations d'une solution de sublimé, pratiquées à l'aide d'un pulvérisateur. Ces inhalations n'ont été d'aucune utilité, mais elles ont provoqué de la stomatite avec goût métallique très désagréable et troubles digestifs. Les deux malades sont morts depuis, à l'hôpital, dans la division des phthisiques.

Chez trois autres malades, on a expérimenté les injections de sublimé dans le parenchyme pulmonaire. Avec la seringue de Pravaz, on poussait chaque jour deux centimètres cubes d'une solution au 1/1000 dans les poumons, à travers un espace intercostal. « Le sublimé irritait extraordinairement le parenchyme pulmonaire et, par suite du contact inévitable de la solution médicamenteuse avec la muqueuse bronchique, développait des quintes de toux violentes qui dans un cas ont entraîné à leur suite une hémoptysie grave. » Chez les trois malades, la médication dut être interrompue dès les premiers jours.

— Nous signalerons encore les expériences de M. Albrecht (1), entreprises dans le même ordre d'idées, et relativement inoffensives : M. Albrecht a soumis des tuberculeux à des inhalations méthodiques d'oxygène chimiquement pur, sans modifier le régime alimentaire habituel des malades, sans recourir à aucune autre medication, et il affirme avoir réussi à enrayer les progrès de la consomption ; le poids corporel des malades se maintenait et subissait même quelquefois une augmentation ; en même temps, le nombre des bacilles de Koch, en suspension dans les crachats, allait en diminuant. D'autre part, M. Albrecht a inoculé la tuberculose à des cobayes pour les soumettre à des inhalations d'oxygène lorsqu'une fois les signes de la maladie consomptive s'étaient développés. Le animaux ainsi traités ont conservé la vie pendant plus de six mois, tandis que ceux qui n'étaient pas soumis aux inhalations d'oxygène succombaient généralement dans les quatre premiers mois qui suivaient les inoculations.

Voilà des résultats par trop vagues pour nous édifier sur la valeur des inhalations d'oxygène dans le traitement de la phtisie pulmonaire chez l'homme.

— Nous avons déjà entretenu les lecteurs de ce journal de certaines tentatives, pour le moins téméraires, de chirurgie du poumon, entreprises dans le but d'étendre les avantages de la médication antiseptique au traitement des affections pulmonaires suppuratives.

Dès 1873, Mosler (voir Berliner klin. Wochenschrift) incisa une caverne pulmonaire superficielle, pour y pratiquer des lavages antiseptiques, sans succès d'ailleurs. Plus récemment, Fenger et Hollister (American Journal, 1881) ont relevé, dans un travail sur cette question, 6 cas d'excavations pulmonaires survenues à la suite d'affections aiguës et traitées par l'incision et le drainage consécutif ; un de ces cas se termina par la guérison. Ces mêmes auteurs ont relaté dernièrement (The London medic. Record, 15 janv. 1882) une observation de caverne pulmonaire d'origine gangréneuse, siégeant dans le lobe moyen et qui fut également guérie par l'incision et le drainage.

De même un médecin suédois, M. E. Bull (Nordisk. med. Archiv, t. XIII, n° 17), a eu recours avec succès à l'incision et au drainage dans un cas de caverne gangréneuse du sommet gauche, chez une jeune fille de vingt-trois ans; la malade a guéri. Le même auteur a publié, depuis, un travail fort intéressant (*Ibidem*, t. XIV, n° 26) que consulteront avec fruit ceux qui s'intéressent à ces questions de chirurgie pulmonaire. Dans ce second mémoire, M. Bull mentionne un fait clinique où un pneumothorax enkysté ayant été pris pour une caverne pulmonaire fut opéré, sans succès d'ailleurs, par l'incision. Le malade ne survécut que quelques jours à l'opération.

Nous avons rapporté à cette place (Gazette médicale, 1882, n° 52, p. 660) une tentative malheureuse de M. Sokolowski (de Berlin), qui consista à injecter dans une caverne pulmonaire, à l'aide de la seringue de Pravaz, des solutions phéniquées et iodées, dans le but d'enrayer la résorption de la sécrétion putride.

M. Koch, de Berlin, (Deut. med. Wochenschrift), a répété cette tentative sur deux sujets affectés de bronchite putride avec bronchectasies ; mais, au lieu de se contenter d'injecter les solutions antiseptiques à travers la paroi thoracique in-

(1) Albrecht. *De l'inhalation méthodique d'oxygène chimiquement pur contre la tuberculose.* (Deut. med. Wochenschrift, 1883, n° 29.)

tacte, il a réséqué une côte au moyen du galvano-cautère. L'un des malades a succombé et l'autre n'était pas guéri au moment de la publication de ces faits. Néanmoins l'auteur a cru devoir poser des indications précises à l'emploi de sa méthode de traitement.

Dans le service du professeur Gerhardt, de Würzburg, M. Seiffert (BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1883, n° 24), dans deux cas de brouchectasies, a injecté dans le parenchyme pulmonaire, au niveau du siège présumé des dilatations bronchique, une solution phéniquée (3 0/0) à raison de deux centimètres cubes à chaque séauce. Ces injections étaient pratiquées à l'aide d'une seringue de Pravaz, munie d'un trocart très allongé. Chez le premier malade, elles ont paru restreindre l'abondance de l'expectoration purulente. Le sujet de la seconde observation a succombé dans le cours du traitement.

Un médecin italien, M. Bacchini (IMPARZIALE, 1883, n° 11), a opéré, par l'incision, une femme de 27 ans qui, à la suite d'une pneumonie, présentait les signes d'un abcès du poumon à droite. Une ponction exploratrice confirma ce diagnostic. Un peu plus tard, la collection purulente s'ouvrit dans les bronches, et la malade se mit à expectorer de grandes quantités de pus. C'est alors que fut pratiquée une large incision au niveau du second espace intercostal, qui eut pour effet de mettre un terme à l'expectoration purulente. Toutefois, vers le huitième jour, la malade rendit, à plusieurs reprises, par la bouche, des fragments de tissu pulmonaire gangréné. La guérison n'était pas complète au moment où le fait en question a été publié.

On doit se demander où l'on s'arrêtera dans cette voie audacieuse, lorsqu'on songe que la possibilité d'extirper un lobe pulmonaire, voire la totalité d'un poumon, a été affirmée, à la suite d'expériences réitérées faites par MM. Gluck, Block et Schmidt, et dont nous avons rendu compte dans ce journal (GAZETTE MÉDICALE, 1881, n° 50, p. 704).

E. RICKLIN.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences

DOUZIÈME SESSION

CONGRÈS DE ROUEN

Section de médecine. — Présidence de M. DUPLOUY.

Suite et fin. — Voir les numéros 34, 35 36 et 37.

— M. CARTAZ (de Paris) présente une observation de *Commotion cérébrale chez un jeune sujet de trois ans*.

Cet enfant, après une chute violente sur le sol, fut atteint d'hémiplégie droite complète avec anesthésie par plaques, aphasie et paralysie faciale; au huitième jour, tous les phénomènes avaient disparu.

M. Cartaz admet donc une simple commotion cérébrale, fait rare dont il n'a pu trouver que le cas récent de Tigg publié dans THE LANCET.

M. NICAISE pense qu'on pourrait peut-être invoquer une contusion cérébrale, d'autant plus qu'il y a eu une localisation et pas de perte de connaissance.

M. CARTAZ pense que la disparition s'est faite bien rapidement pour admettre une contusion.

M. DUPLOUY se range à l'opinion de M. Nicaise, surtout en songeant à la facilité des résorptions chez l'enfant.

M. BERNHEIM exprime le même avis.

M. CARTAZ ne croit pas à une différence aussi considérable entre l'adulte et l'enfant : ayant eu l'occasion de pratiquer deux autopsies dans des cas de ce genre, l'auteur a pu observer au cinquième jour des lésions encore considérables. Sept jours dès lors suffisent-ils à opérer cette résorption?

— M. BÉCHAMP fait une communication sur *les microzymas, le choléra et les quarantaines*.

Le microbe, pour l'auteur, n'a pas de valeur : la maladie prend naissance en nous. Si les maladies se transmettent par les microbes, les quarantaines n'ont plus leur raison d'être, car elles sont impuissantes à empêcher la propagation des organismes inférieurs par l'air.

Il faut chercher dans les granulations moléculaires la cause des maladies. Ce sont elles qui président aux transformations chimiques de l'économie qui sont susceptibles de devenir malades et de développer les bactéries; à ce point que, quand ces dernières viennent à se développer, on voit disparaître les granulations : le cadavre de la bactérie reproduirait la granulation.

Enfin toute granulation malade reproduit, quand on la transplante, la maladie de l'organisme dont elle provient.

Pour M. Béchamp, le microzyma est au microbe ce que le têtard est à la grenouille, avec cette différence que le microbe redevient microzyma par scission sans ovulation.

Le microzyma devient malade sous l'influence de causes diverses : dans une épidémie de choléra, les premiers qui meurent sont ceux dont les microzymas sont malades; les microzymas qu'ils émettent permettent la propagation par contagion.

Comme conséquence thérapeutique, c'est le malade qu'il faut traiter, ce n'est pas contre le microbe qu'il faut agir.

M. PENNETIER (de Rouen) se déclare l'adversaire résolu des doctrines microbiennes : il pense que la théorie du microzyma est la seule acceptable, mais il demande à M. Béchamp sur quels faits il s'appuie pour montrer la transformation du microzyma en bactérie.

M. BÉCHAMP regrette de ne pouvoir exposer sa doctrine dans tous ses détails : il se contente de répondre à M. Pennetier que dans le microzyma il y a une aptitude à changer de fonction, d'où une forme semblable avec une fonction différente.

Avant de se séparer, la section de médecine a nommé à l'unanimité M. Nicaise, chirurgien des hôpitaux de Paris, président de la section pour la treizième session qui doit avoir lieu à Blois en 1884.

L'Association, dans sa dernière séance générale, a également désigné M. le professeur Verneuil pour la vice-présidence de l'Association en 1884.

L'éminent professeur présidera donc la quatorzième session qui aura lieu à Grenoble en 1885.

Il nous semble intéressant en terminant de résumer une discussion qui s'est élevée à la section d'anthropologie sur la signification anthropologique de l'os intermaxillaire chez l'homme entre M. Magitot (de Paris), Albrecht (de Bruxelles) et Kollmann (de Berne).

M. Albrecht a démontré, d'après des pièces anatomiques nombreuses, que l'os intermaxillaire, loin d'être formé d'un os fait, était en réalité composé de 4 pièces, 2 intermaxillaires internes et 2 intermaxillaires externes.

La division du bec-de-lièvre passerait, pour l'auteur, entre les deux pièces de l'intermaxillaire; dès lors, dans le bec-de-lièvre bilatéral, les deux intermaxillaires externes resteraient fixés au maxillaire.

Les dents supportées par ces diverses pièces se composeraient tantôt de quatre incisives, tantôt de six. M. Albrecht voit dans ce dernier cas la trace d'un ancêtre de l'homme pourvu de six incisives dont le nombre, par voie de descendance, aurait été réduit à quatre.

M. Magitot admet et prouve la théorie des quatre intermaxillaires, mais il rejette la valeur transformiste attribuée à l'existence des six incisives.

En s'appuyant sur l'embryogénie, il démontre que les follicules dentaires émanent d'un corps spécial de nature épithéliale, dont l'évolution précède toute formation osseuse des maxillaires.

L'existence de pièces dentaires surnuméraires ne peut donc être subordonnée à telle disposition anormale des os.

La preuve en est dans ce fait qu'on peut trouver une augmentation du nombre des incisives sans malformation de l'os qui les supporte. M. Magitot termine en disant qu'en renversant la proposition de M. Albrecht on pourrait considérer la malformation osseuse comme influencée par l'anomalie dentaire.

M. Kollmann déclare se ranger à l'opinion de M. Albrecht, mais il reconnaît avec M. Magitot que la présence de six incisives ne se retrouve normalement dans aucune espèce animale voisine de l'homme.

PICQUÉ.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 septembre 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

DE LA RATION ALIMENTAIRE CHEZ LE CHIEN. — Note de M. GUIMARAES, présentée par M. Vulpian.

En faisant sur le café les expériences dont les premiers résultats ont été présentés à l'Académie (décembre 1882), j'ai été amené à prendre chaque jour le poids du corps d'un certain nombre de chiens et aussi le poids de leur alimentation journalière. Plus récemment, j'ai répété des pesées analogues sur des chiens soumis par moi et par M. Couty à l'action d'un froid prolongé; pendant ces dernières expériences, mon attention a été attirée sur les faits qui font l'objet de cette communication.

Tous ces animaux, qui avaient appris dans les rues de Rio à se nourrir de substances animales, ont été soumis à une alimentation exclusive de viande fraîche de bœuf. Sept d'entre eux ont été suivis à l'état normal, pendant six à quatorze jours : la quantité de viande mangée varie considérablement d'un jour à l'autre; mais, si l'on prend la moyenne de la ration journalière de chaque animal, on voit que, suivant les expériences, elle égale 1/10 à 1/16 du poids du corps.

Cette consommation devient encore plus considérable sur les chiens soumis au café ou à l'influence d'une température froide. Les cinq chiens qui ont reçu, pendant six à quatorze jours, une dose de 50 à 100 grammes d'infusion forte de café dans l'estomac, ont mangé chaque jour en moyenne 1/8 ou 1/9 de leur poids. Des quatre chiens soumis au froid, les deux qui ont supporté, chacun pendant douze jours, un froid peu marqué de 10 à 12°, ont consommé une quantité égale à 1/9 et 1/12 de leur poids.

Pour rechercher si cette énorme dépense alimentaire n'était pas produite par le régime exclusif de viande, dans les expériences que j'ai faites seul, ou dans celles que je fais actuellement avec MM. Couty et Niobey, sur le café, nous avons soumis quelques animaux à des régimes différents.

Trois chiens ont été nourris avec des fragments de viande grasse de porc et avec de la bouillie de farine de manioc. Ils ont mangé fort peu, 1/60 environ de leur poids; ils ont maigri rapidement; l'un d'eux a fini par mourir au bout de treize jours; il est évident que cette alimentation presque exclusivement hydrocarbonée était insuffisante.

Trois autres chiens ont reçu une alimentation mixte, composée de viande de bœuf et de graisse de porc. La graisse était donnée en quantité surabondante et la viande en quantité fixe. Le chien consommait toute la viande mise à sa disposition, soit 180 à 250 grammes, et seulement une partie de la graisse, et il maigrissait plus ou moins : la proportion totale des aliments absorbés égalait 1/22 à 1/24 du poids du corps. La moitié environ était constituée par la viande; la proportion d'hydrocarbure consommée, égalant 1/45 à 1/50, était donc déjà plus considérable que dans les cas d'alimentation exclusivement hydrocarbonée.

Nous avons cherché, en comparant nos divers animaux, si la race et la taille avaient une influence; mais nous n'avons rien constaté de précis. Quoique généralement les petits chiens mangent un peu plus que les gros, nous avons quelquefois obtenu des moyennes inverses. Les chiens de rue, mis à notre disposition, étaient trop profondément métissés pour que nous pussions étudier avec soin l'influence de la race.

Il est certain, en tout cas, que cette dépense alimentaire élevée ne pouvait s'expliquer par aucune condition spéciale à nos animaux. La viande de bœuf utilisée était de bonne qualité, dépourvue d'os, elle paraissait seulement peu grasse et un peu aqueuse. La quantité surabondante mise chaque jour à la disposition du chien était pesée; le lendemain, on pesait la viande laissée, et on renouvelait la provision.

Les chiens étaient libres dans des cages, grandes et suffisamment aérées. Les matières fécales ont été recueillies et pesées, pendant six expériences; leur moyenne journalière a atteint 5 à 6 grammes par kilogramme du poids de l'animal sur les chiens normaux, et 6 à 7 grammes sur les chiens soumis au froid ou au café, soit moins de 8 pour 100 du poids de la viande consommée.

Enfin le poids total du corps pris chaque jour n'a pas varié d'ordinaire d'une façon sensible; sur quelques-uns de nos chiens, il a augmenté; sur deux animaux soumis à la viande et au café, il a légèrement diminué.

LE CHOLÉRA AU POINT DE VUE CHIMIQUE. — Note de M. RAMON DE LUNA.

Les résultats de mes études chimiques et physiologiques sur le choléra-morbus asiatique, recueillis en 1865 par moi à Madrid et aux îles Philippines, surtout à Manille, l'année dernière, par des personnes respectables, m'ont conduit aux convictions suivantes :

1° La *cause* du choléra se trouve toujours dans l'air, d'où il se propage avec les personnes et les objets;

2° Son action s'exerce *exclusivement* par les voies respiratoires;

3° C'est surtout pendant l'état passif des individus, en particulier pendant le sommeil, que son incubation a lieu de préférence;

4° L'action du microbe ou ferment agit particulièrement sur les globules du sang et empêche l'hématose, déterminant une espèce d'asphyxie graduée jusqu'à la mort;

5° Le seul moyen, vérifié par moi et par des médecins espagnols, en Espagne et à Manille, de sauver les individus atteints du choléra, dans la période algide, c'est de leur faire inspirer avec prudence la vapeur hypoazotique mêlée à l'air. Deux ou trois inhalations ont suffi, dans les cas consignés au mémoire que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, pour soulager immédiatement les malades et déterminer une réaction franche, après laquelle ils ont été hors de danger au bout de quelques heures;

6° Enfin, comme moyen préservatif contre ce terrible fléau, j'emploie des fumigations hypoazotiques, dans les chambres, vaisseaux, etc., deux fois par jour, avant le coucher et au réveil. Pendant la terrible invasion du choléra à Manille, l'année dernière, trois cents ouvriers de l'hôtel de la Monnaie ont été soumis, par mon conseil, à l'action des vapeurs hypoazotiques et préservés absolument.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 septembre 1883. — Présidence de M. LARREY.

La correspondance comprend :

1° Une série de rapports *sur les épidémies observées en 1882 dans un certain nombre de départements :*

2° Un travail manuscrit *sur l'auscultation des bruits œsophagiens pendant la déglutition et la modification de ces bruits dans certains états thoraciques,* par M. le docteur Baréty (de Nice).

— NOTE SUR QUELQUES EXPÉRIENCES RELATIVES A L'ACTION ANTISEPTIQUE DES SELS DE CUIVRE, par M. BOCHEFONTAINE. — Si le cuivre et ses composés possédent réellement l'action préventive qui leur a été attribuée, ils ne peuvent exercer cette action que sur le contage syphilitique ou cholérique. Dans le cas où l'on admettrait que l'élément contagieux est constitué par des vibrioniens, comme il est facile de s'assurer expérimentalement du pouvoir microbicide des composés cupriques, on peut se faire une idée du pouvoir prophylactique du cuivre contre le choléra.

Dans ce but, j'ai préparé des solutions aqueuses de sulfate de cuivre dans la proportion de 1 pour 100, de 5 pour 1.000, de 1 pour 1.000 et 1 pour 10.000.

Une première série d'expériences consiste dans le mélange de liquides de macérations végétales et animales avec chacune des solutions susdites. Les solutions à 1 pour 100 n'ont pas empêché le développement d'un certain nombre de spores de mucédinées, mais elles ont arrêté celui des vibrioniens. Quant à ces derniers, leur prolifération est à peine entravée par les solutions de sulfate de cuivre à 1 pour 1.000.

Une deuxième série comprend des expériences où des morceaux de viande de bœuf fraîche sont plongés dans les solutions titrées. Le développement des vibrioniens, empêché par les solutions au 100e ne l'est pas par les solutions au 1.000e.

Une troisième série se compose d'expériences où l'on a produit la bactériémie chez les cobayes par le procédé de Davaine. Une moitié de ces animaux ainsi rendus bactériémiques a été traitée en même temps par des injections hypodermiques de sulfate de cuivre à doses convenables déterminées à l'avance. Tous les cobayes sont morts avec des microbes dans le sang, aussi bien ceux qui avaient reçu du cuivre que ceux qui n'en avaient pas reçu.

La mort est arrivée au bout de vingt-deux à quarante-six heures.

Chez une femelle pleine, on a trouvé des granulations bactériennes nombreuses dans le liquide amniotique.

Quatre chiens mis en expérience dans les mêmes conditions que les cobayes n'ont rien présenté de notable. Il en a été de même pour dix grenouilles ; ce dernier fait est intéressant, car chaque grenouille avait reçu sous la peau la même quantité de sang septique que le cobaye.

On est forcé de conclure, en présence de pareils résultats, que, si le sulfate de cuivre est capable d'agir sur l'élément contagieux du choléra, son action ne s'exerce pas sur des vibrioniens ou des germes microbiques.

— DE L'INFLUENCE DE LA DIPHTHÉRIE SUR LA GROSSESSE. — M. OLLIVIER : Malgré les nombreux travaux dont la diphthérie a été l'objet, il est un point de son histoire sur lequel je n'ai trouvé dans les auteurs aucun renseignement précis, je veux parler de l'influence que cette redoutable maladie peut exercer sur le produit de la conception. Seul, Duchenne (de Boulogne), dans son traité de l'électrisation localisée, signale incidemment un cas d'avortement survenu dans le cours d'une paralysie diphthéritique consécutive à une angine de même nature et alors que toute fausse membrane avait disparu.

J'ai eu, cette année, l'occasion d'observer dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, un cas d'avortement chez une femme enceinte de quatre mois environ et atteinte d'une angine diphthéritique :

Il s'agit d'une malade entrée à l'hôpital avec des fausses membranes recouvrant la paroi postérieure du pharynx et les piliers postérieurs du voile. On n'eut pas de peine à reconnaître qu'il s'agissait là d'une diphthérie grave. Un mois environ après son entrée, cette malade eut une perte et rendit plusieurs caillots volumineux qui ne furent pas examinés. Elle prétendait avoir eu ses règles le mois précédent à l'époque habituelle, bien qu'à son entrée on eût constaté une tumeur arrondie remontant à un ou deux travers de doigt au-dessus du pubis. Cette malade succomba quelques jours après sa perte utérine, et on put alors constater, outre les lésions diphthéritiques étendues à tout l'appareil respiratoire, que l'utérus était volumineux (hauteur 12 cent., largeur à la base 10 cent.). Cet utérus était dur, ses parois épaissies, et sur sa surface interne on trouva des débris de placenta encore adhérents.

Il résulte de cette observation qu'il en est de la diphthérie comme de la fièvre typhoïde, du choléra et des fièvres éruptives qui, lorsqu'elles se développent chez une femme enceinte, acquièrent une gravité exceptionnelle et entraînent, dans un grand nombre de cas, l'expulsion de l'embryon ou du fœtus, et consécutivement la mort des malades.

Quel a été, dans le cas actuel, le mécanisme de l'avortement ? On ne saurait l'expliquer par l'intensité de la fièvre, notre malade n'a jamais eu de fièvre interne, car le jour même de l'avortement, la température axillaire ne dépassait pas 38°4.

On peut, au contraire, et avec juste raison il me semble, invoquer l'état du sang maternel, soit parce qu'il était insuffisamment oxygéné et en même temps saturé d'acide carbonique, soit parce que le germe infectieux l'avait altéré. En d'autres termes, l'avortement serait dû à l'asphyxie dans la première hypothèse, à une véritable intoxication dans la seconde.

Il faut rechercher maintenant laquelle de ces deux causes a le plus d'influence sur l'avortement. Dans le cas actuel, en tenant compte de l'époque où a eu lieu l'avortement, de l'état de la respiration à cette époque, j'estime que le rôle de l'asphyxie n'a pas dû être prédominant et qu'il est préférable d'incriminer l'empoisonnement diphthéritique.

La nature de l'agent infectieux de la diphthérie est encore inconnue. Cet agent est-il parasitaire ou non ? Il est difficile aujourd'hui de se prononcer d'une manière définitive, mais on doit reconnaître que les partisans de la première opinion deviennent de plus en plus nombreux.

On sait toutefois d'une façon positive que dans la diphthérie le sang subit de notables altérations.

On sait encore, d'après les expériences de M. Regnard, que la capacité respiratoire diminue considérablement : les deux tiers environ des globules sanguins deviendraient impropres à l'hématose.

D'un autre côté, il est établi que les fausses membranes diphthéritiques, le sang, la lymphe, etc., renferment des organismes végétaux considérés par les uns comme l'agent infectieux lui-même ou comme ses véhicules, tandis que d'autres n'y voient que des éléments accidentels.

Il est, enfin, aujourd'hui démontré que la bactéridie du charbon peut traverser les villosités placentaires et infecter le fœtus. Peut-il en être de même pour la diphthérie ? Le sang du fœtus peut-il être infecté par les bactéries du sang maternel ? C'est ce qu'il sera intéressant de rechercher dans les cas semblables à celui que je viens de communiquer.

En résumé, la diphthérie peut, chez la femme enceinte, être la cause de l'avortement et acquérir, par cela même, une plus redoutable gravité.

Cet avortement paraît dû, non pas à l'asphyxie ni à l'élévation de la température du sang, mais à une altération de ce liquide, — altération qui, si elle est encore mal définie, est néanmoins incontestable.

La possibilité d'un avortement avec ses dangers impose à l'ave-

nir des mesures de précaution et d'isolement, lorsque des femmes enceintes se trouvent dans une même salle que des malades atteintes de diphthérie.

— MICROBES ET MICROZYMAS.— M. BÉCHAMP : Il y a quelques semaines, il a été question devant l'Académie du choléra et des quarantaines, ainsi que de la contagion de la phthisie ; comme ces questions m'intéressent depuis fort longtemps, je vous demande la permission de prendre la parole à ce sujet.

Les quelques considérations que je vais faire valoir devant vous étant en contradiction avec l'opinion si hautement exprimée devant l'Académie, au sujet de l'utilité des quarantaines, ce n'est pas, je vous l'avoue, sans une certaine crainte que je prends la parole ; toutefois, je me sens rassuré en songeant que cette question ne peut encore être considérée comme complétement résolue, que de très bons esprits pensent autrement que la majorité d'entre vous, et qu'ici même M. J. Guérin s'est toujours montré l'adversaire résolu de la doctrine si brillamment soutenue par M. Fauvel, et que vous cherchez à faire prévaloir.

Bien que M. Fauvel, dans toutes ses communications, ait eu le soin de se tenir en dehors des questions de doctrine soulevées au sujet de la nature du choléra, il a dû reconnaître implicitement que cette maladie était d'origine extérieure à l'homme, produite, par conséquent, par des germes répandus dans l'atmosphère.

Cette opinion n'est pas neuve ; dès le dix-septième siècle elle était défendue par un français, M. Kircher, qui, écrivant sur la peste, déclare en propres termes que cette dernière provient des germes atmosphériques. Depuis ces derniers temps, — inutile de vous le rappeler, — ce qui n'était jadis qu'une simple hypothèse, tend de plus en plus, grâce aux travaux de Davaine et de Pasteur, à entrer dans le domaine des faits ; mais toutefois, comme il y a — c'est du moins mon avis — dans les observations qui servent de base à ces théories nouvelles, une erreur d'interprétation, et que cette erreur d'interprétation a les plus graves conséquences au point de vue de la question que je désire examiner devant vous, vous me permettrez de commencer ma communication en discutant cette interprétation que je crois erronée.

La doctrine que je combats est d'une simplicité remarquable ; les premières expériences de Davaine l'ont d'ailleurs fixée de la manière la plns nette.

Un mouton contracte le charbon, et s'il le contracte, c'est parce que la bactérie charbonneuse, répandue dans l'air, a trouvé dans l'organismo de ce mouton un milieu de culture favorable. L'animal meurt. Son sang qui contient le même germe, la même bactérie, est susceptible, lorsqu'on l'inocule sous la peau d'un autre mouton, de lui donner la mort, et ainsi de suite. Il est vrai qu'il est nécessaire de ne pas attendre la putréfaction de l'animal charbonneux, sans cela l'inoculation, tout en restant mortelle, cesse de communiquer le charbon. Elle produit toute autre chose, elle produit la septicémie.

Ce système, vous le voyez, repose sur denx idées différentes :

Il existe dans l'atmosphère des germes, et ces germes n'ont rien de comparable avec les éléments contenus dans l'organisme humain ; bien plus, introduits dans nos tissus, ils sont capables de les rendre malades et même de les tuer. En d'autres termes, on doit admettre, lorsque l'on repousse la doctrine de la génération spontanée, si brillamment combattue par M. Pasteur lui-même, qu'à l'origine, au moment de la création, en même temps qu'apparaissait sur le globe l'espèce humaine et les espèces animales voisines, apparaissaient également des êtres infiniment plus petits, leurs ennemis nés.

On ajoute, il est vrai, que ces ennemis ne peuvent nous nuire qu'à la condition de nous pénétrer, et qu'ils ne sauraient nous pénétrer dans l'état normal de l'organisme.

C'est là, vous le reconnaîtrez, une hypothèse indémontrable ; j'ajoute qu'elle est en contradiction avec les faits d'observation journalière. L'air que nous respirons contient un nombre incommensurable de ces granulations moléculaires que vous appelez germes, que je désigne sous le nom de « microzymas », et qui sont capables, ainsi que je l'ai démontré, de se transformer en moisissures ; il est impossible que nous poumons n'en retiennent pas un certain nombre, et cependant nous ne nous en portons pas plus mal. Si l'on pouvait avoir le moindre doute au sujet de cette possibilité de la pénétration d'un organisme sain, les expériences de Villemin, de Chauveau et de tant d'autres, suffiraient à produire la conviction.

Voici, d'ailleurs, une autre démonstration que je déduis de l'histoire du choléra lui-même.

Le choléra est connu depuis longtemps comme maladie endémique de l'Inde. Diderot en parle longuement dans son Encyclopédie. Et cependant, ce n'est qu'en 1817 qu'apparaît la première grande épidémie, ce n'est qu'en 1830 que la maladie fait son apparition en Russie, et en 1832 qu'elle arrive à Paris. Comment concilier cette marche lente de la maladie avec l'hypothèse de germes préexistants, qui, une fois entrés dans notre organisme, y détermineraient le choléra ? Enfin, il n'est pas jusqu'à la cessation, à un moment donné, d'une épidémie de choléra, qui ne vienne également à l'encontre de la doctrine que je combats ; l'épidémie suffisant par elle-même à créer un terrain propre au développement du germe, l'action nocive de celui-ci devrait persister indéfiniment.

Mais je n'insiste pas sur ces considérations, et j'arrive de suite au point capital de la théorie que je soutiens, et d'après laquelle ce ne serait pas dans l'atmosphère, mais bien en nous-mêmes que se trouvent les microzymas ou germes des bactéries.

Cette conviction, que je professe depuis longtemps, elle est basée sur de nombreuses expériences, il me suffira de vous rappeler la suivante :

On fait geler puis dégeler la feuille d'une plante transparente, et l'on observe ensuite ce qui se passe dans les cellules de cette plante, remplie, lorsqu'elle est vivante, de myriades de granulations moléculaires. Petit à petit, ces granulations disparaissent, et elles sont remplacées justement par des bactéries. On objecte, il est vrai, que celles-ci proviennent de l'air, mais cette opinion n'est pas soutenable en présence des conditions dans lesquelles est faite l'expérience, surtout si l'on tient compte de la disparition des granulations moléculaires au moment où apparaissent les bactéries.

Ainsi, vous le voyez, les germes des bactéries sont contenus en nous et non hors de nous ; ce sont eux qui, par leur ensemble, constituent l'organisme humain ; ce dernier n'est, en somme, qu'un agrégat de microzymas susceptibles de se développer en bactéries dans certaines conditions spéciales.

Ces microzymas peuvent devenir morbides ; je dirai plus, quand on devient malade, ce sont eux, ce ne peut être qu'eux qui sont malades. L'homme, en effet, ne peut devenir malade en tant que composé physico-chimique ; en cela, il ressemble au sucre ou à tout autre corps brut ; s'il souffre, si à un moment donné ses diverses fonctions périclitent, ce ne peut être qu'en tant qu'être organisé vivant. Or, comme les microzymas sont seuls vivants en nous, ce sont eux et eux seuls qui peuvent devenir malades. Telle est la doctrine ; il me reste à en examiner les conséquences au point de vue pathologique.

(M. Béchamp se propose à ce moment d'aborder l'étude de la phthisie envisagée dans le sens de ses doctrines ; mais, en raison de l'heure avancée, il prie l'Académie de vouloir bien remettre à la prochaine séance la suite de sa communication.)

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

COLLYRE CONTRE LES OPACITÉS DE LA CORNÉE.
(MICHEL.)

Sulfate de cadmium......... 0 gr. 05 centigr.
Mucilage liquide de gomme.. 10 grammes.

M. s. a. — On renverse la paupière inférieure au moyen de l'indicateur gauche, et à l'aide d'un pinceau de blaireau imbibé de collyre, on touche le centre de la plaie, en prolongeant pendant quelques instants le contact. Cette application est faite d'abord une fois par jour, puis répétée deux ou trois fois dans les 24 heures. — Dès que la douleur cesse de se faire sentir, on porte la dose de sulfate de cadmium à 0 gr. 10 et même 0 gr. 15 centigr. — Quand la taie est récente, l'effet favorable se produit rapidement; lorsqu'elle est ancienne, il faut persister plus longtemps dans l'emploi du collyre.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

De la démence mélancolique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PÉRIENCÉPHALITE CHRONIQUE LOCALISÉE ET A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES D'ORDRE PSYCHIQUE, par le docteur A. MAIRET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de l'Hérault, avec 11 planches lithographiées. — Paris, G. Masson, éditeur, 1883.

« Le titre de « Démence mélancolique », dit l'auteur au début de son ouvrage, s'applique à un groupe de faits jusqu'à présent laissés dans l'ombre, et qui cependant nous paraissent constituer une unité, un type morbide. Dégager ce type, l'étudier, tel est le but que nous nous proposons et vers lequel nous a conduit l'observation clinique. »

Les faits auxquels le docteur Mairet fait allusion sont essentiellement constitués : cliniquement, par un délire à forme mélancolique et de l'affaiblissement radical de l'intelligence, avec addition fréquente de signes de paralysie et notamment d'embarras de la parole ; anatomiquement, par une périencéphalite localisée, susceptible de s'étendre, consistant surtout dans un ramollissement de la substance grise périphérique, ramollissement de même nature que celui de la paralysie générale, mais qui reste localisé et dont le siège principal est la base du cerveau et même certaines régions de cette base.

Le mode de terminaison de la maladie est variable. Tantôt elle poursuit sa marche en tant que démence mélancolique; tantôt des complications emportent le patient pendant le cours de l'affection ; tantôt le travail anatomique se généralise et donne lieu à une paralysie généralisée ; tantôt enfin la guérison se produit, guérison incomplète, le malade conservant toujours plus ou moins de débilité intellectuelle.

Tels sont les caractères principaux du type morbide créé par M. Mairet, l'étiologie ne présentant rien de particulier.

Malgré tout le talent déployé par l'auteur pour grouper les faits relatifs à son étude et pour en faire ressortir les analogies cliniques et anatomiques, malgré les preuves nombreuses qu'il a accumulées à l'appui de sa thèse, soit en s'appuyant de l'autorité de divers auteurs, soit en ayant recours aux recherches expérimentales sur les animaux, il ne nous paraît pas suffisamment démontré que les faits qu'il a envisagés soient des faits à part dans l'histoire des maladies mentales, ni que ce qu'il désigne sous le nom de *Démence mélancolique* constitue bien véritablement un type morbide spécial.

La distinction de ces faits avec les cas déjà connus et classés des maladies mentales, notamment avec la paralysie générale à forme mélancolique, la manie congestive ou folie paralytique, enfin certaines démences dites « organiques », ne nous paraît pas ressortir suffisamment des preuves données par l'auteur, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

La paralysie générale surtout, cette maladie si complexe et si diffuse, ce Protée morbide si varié dans ses manifestations symptomatiques et ses lésions, pourrait à bon droit revendiquer une large part des cas rangés par M. Mairet à l'actif de la démence mélancolique.

Quoi qu'il en soit, s'il ne nous semble pas possible, au moins dès aujourd'hui, de reconnaître sans conteste à l'affection ainsi désignée une existence à part et le titre d'entité morbide, nous ne pouvons nous refuser à reconnaître combien l'auteur a su tirer parti de son sujet, et combien sont instructives et intéressantes les recherches auxquelles il s'est livré.

Le chapitre consacré à la physiologie pathologique et aux résultats des expériences sur les animaux offre en particulier le plus haut intérêt.

M. Mairet ayant en effet reconnu, d'après les autopsies pratiquées chez ses malades atteints de démence mélancolique, que les lésions prédominaient dans le lobe temporo-sphénoïdal, a voulu savoir si, chez les animaux, l'irritation de ce point déterminerait des symptômes analogues, et notamment de la tristesse. Dans ce but, il a, au moyen d'injections d'acide chlorhydrique, provoqué l'inflammation de la substance nerveuse à ce niveau chez des chiens, et chaque fois il a vu, après l'opération, l'animal tomber dans la tristesse et même dans une sorte de stupeur mélancolique, résultat qu'il n'a pas obtenu en pratiquant l'opération dans un autre point de la masse cérébrale.

D'où il a été amené non pas encore à affirmer d'une façon certaine, mais à poser nettement comme possible cette localisation, et à dire : que les circonvolutions qui forment la lèvre inférieure de la scissure de Sylvius, et qu'en arrière de cette lèvre et sur une étendue encore indéterminée, les circonvolutions sphénoïdales et les circonvolutions de l'hippocampe seraient le siège des idées tristes.

Bien que la question des localisations psychiques soit encore à l'état rudimentaire et que, d'autre part, on ne puisse accepter sans réserve, comme preuve à l'appui de faits cliniques observés dans la sphère de l'intelligence humaine, des faits en apparence analogues provoqués par la mutilation expérimentale des cerveaux d'animaux, ces recherches ont trop d'actualité et répondent trop bien aux idées scientifiques du moment, pour ne pas offrir le plus grand intérêt.

Il y a là une idée nouvelle à poursuivre et un point curieux de localisation cérébrale à élucider par les autopsies qu'on pourra faire, à l'avenir, des malades atteints d'affections mentales à forme mélancolique.

Dr E. RÉGIS,
ancien chef de clinique des maladies mentales.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. LEYDEN et E. PFEIFFER. — *Comptes rendus du deuxième congrès médical de Wiesbaden.* — J.-F. Bergmann, 1883.

La GAZETTE MÉDICALE a déjà rendu compte des principales communications faites au congrès de Wiesbaden. M. Bergmann met en vente le premier fascicule des comptes rendus de ce congrès, avec les matières suivantes :

Rühle et Lichteim. *Influence de la découverte des bacilles sur la pathologie, la prophylaxie et la thérapie de la tuberculose.* — Mosler. *De la chirurgie des poumons.* — Biedert. *Les préparations les plus importantes dans la nourriture des enfants.* — Fleischer. *De la salive des brightiques.* — Gehrardt et Klebs. *La diphthérie, sa nature parasitaire, sa contagion, son traitement.*

II. SCHMOELCKE. — *L'amélioration de nos habitations d'après les enseignements de l'hygiène.* — Préface de PAUL NIEMEYER. — Wiesbaden. J.-F. Bergmann, 1 vol. in-12 de 104 pages.

Ce petit volume, écrit pour le médecin tout autant que pour l'architecte ou l'ingénieur, traite avec clarté et concision des sujets suivants :

A. La dessiccation des murs et des aires des maisons neuves ou anciennes. — B. Du choix des matériaux et de leur emploi pour la construction de maisons hygiéniques. — C. Grandeur et disposition de chaque pièce de l'habitation. — D. Chauffage et ventilation. — E. Choix d'un emplacement.

III. SIEBERMANN. *Die Fadenpilze (Aspergillus flavus, niger und fumigatus, Eurotium repens), und ihre Beziehung zur Otomycosis aspergillina.* — Une broch. in-8. Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1883.

Cette brochure, précédée d'une introduction de Burckbardt-Mérian, comprend la botanique des Aspergillus au double point de vue morphologique et physiologique, soit leur description et l'étude de leur développement, des conditions de leur vie, de leur nutrition, de leur distribution géographique.

Puis, dans un deuxième chapitre, l'auteur étudie l'Otomycosis aspergillina dans sa pathogénèse, son anatomie pathologique, ses symptômes, sa marche, son diagnostic, son traitement et sa prophylaxie. L'ouvrage se termine par un index bibliographique très complet et trois belles planches avec 22 figures.

IV. CARL GENTH. — *La Cure de Schwalbach, son action, son mode d'emploi.* — Un volume in-8. Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1883.

Il serait à désirer que nous eussions sur la plupart des eaux minérales, des monographies aussi sérieusement faites que celle de Genth. Celle-ci se divise en deux parties : dans la première, l'auteur étudie la géologie, le climat et la météorologie, la faune et la flore, enfin la morbidité et la mortalité de sa station.

Vient ensuite la description des sources et des boues, leur composition et leurs propriétés chimiques, leur action physiologique, puis la manière d'appliquer la cure de Schwalbach.

La deuxième partie est consacrée à la thérapeutique, et Genth passe successivement en revue, avec un grand sens clinique, les indications et les contre-indications de Schwalbach dans les anémies et la chlorose, dans les névroses et les maladies des nerfs périphériques, dans la maladie de Basedow, l'atrophie musculaire progressive, le diabète sucré, le catarrhe chronique de la vessie, la spermatorrhée et l'impuissance.

Les maladies des organes génitaux de la femme font aussi l'objet d'un chapitre important.

V. A. DECHAMBRE, MATHIAS DUVAL, L. LEREBOULLET. — *Dictionnaire usuel des sciences médicales.* — Un vol. in 4. Paris, G. Masson, 1883.

Ce dictionnaire, en cours de publication, et dont deux fascicules ont déjà paru, est plus complet que ceux qui l'ont précédé. C'est plus qu'un lexique, et, sans avoir la prétention d'être complet sur tous les points, il présente sous une forme succincte un tableau de toutes les sciences afférentes à la médecine. A propos des maladies, les auteurs se sont efforcés de résumer les points essentiels à connaître dans l'étiologie, la séméiologie et la thérapeutique ; plusieurs articles mêmes ont reçu des développements assez étendus.

Les sciences dites accessoires : l'anthropologie, l'ethnologie, l'hygiène, la police sanitaire, la déontologie sont l'objet d'articles importants. Enfin ce dictionnaire comprend l'indication très complète des eaux minérales et des stations thermales ou maritimes.

ALBERT ROBIN.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

CHOLÉRA. — Il a été présenté au conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, dans sa séance du 14 de ce mois, deux documents très intéressants qui lui ont été envoyés par la commission médicale d'Alexandrie.

Le premier de ces documents est un rapport des commissions médicales chargées de déterminer la nature et les caractères de la maladie qui a éclaté à Damiette le 22 juin 1883.

Chez le plus grand nombre des malades qui ont été observés, les symptômes prédominants sont les suivants : les vomissements, la diarrhée aqueuse, les crampes, le refroidissement prononcé et rapide des extrémités, la cyanose, souvent l'anurie, l'aphonie ou tout au moins l'altération de la voix, et un habitus, un faciès caractéristiques. En présence de ces symptômes, les commissions ont été unanimes à reconnaître que la maladie sévissant à Damiette était bien le choléra.

Le second rapport, publié par les membres de la commission médicale d'Alexandrie, indique les mesures prophylactiques à prendre et les services d'assistance publique à instituer pendant la durée de l'épidémie cholérique.

Après cette communication, M. le docteur Legouest, membre du conseil d'hygiène publique, a fait connaître que les dernières nouvelles parvenues au Comité consultatif d'hygiène étaient très rassurantes.

P. S. — Au moment de mettre sous presse, une douloureuse nouvelle nous parvient. L'un des membres de la mission sanitaire française envoyée en Égypte par le gouvernement, sur l'instigation de M. Pasteur, pour y étudier l'épidémie cholérique et découvrir, si possible, le microbe du choléra, vient d'être emporté à son tour par le fléau, au moment où la maladie avait pour ainsi dire cessé ses ravages. M. Thuillier a succombé mardi, à la veille de son départ d'Alexandrie, victime de son dévouement à la science et à l'humanité.

***

NÉCROLOGIE. — On nous annonce la mort de M. le docteur Cucuel, qui vient de succomber à Montbéliard à l'âge de soixante-sept ans. M. le docteur Cucuel était président honoraire de l'Association des médecins du département du Doubs.

— M. le docteur Cipières, vice-président du Conseil général du Lot, vient de succomber.

— M. le docteur Victor Colmiatti, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Turin, membre de l'Académie royale de cette ville et premier chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, vient de mourir à Chieri, sa ville natale, à l'âge de trente-cinq ans. Dans sa courte carrière, il avait publié de nombreux et estimés travaux de pathologie générale et d'anatomie pathologique.

— M. le docteur Perriquet, ancien chirurgien en chef de la Compagnie des mines d'Anzin, est décédé, le 31 août 1883, à Valenciennes, à l'âge de soixante-seize ans.

***

Cours d'accouchement. — M. le docteur Doléris commencera, 89, rue d'Assas, le lundi, 1er octobre prochain, à cinq heures, un cours d'obstétrique, théorique et pratique.

Le cours sera complet en deux mois.

***

Le troisième congrès international de la « Ligue universelle des antivaccinateurs » aura lieu en Suisse, à Berne, les 27, 28 et 29 septembre courant, au musée, dans la grande salle des concerts, sous la présidence du docteur Hubert Boën (de Charleroi).

Tous les partisans et tous les adversaires de la pratique de l'inoculation des virus à l'homme et aux animaux domestiques sont invités à se rendre à ce congrès ou à lui envoyer des communications.

Un comité de quatorze membres, choisis parmi les antivaccinateurs de Berne, est chargé de la réception des étrangers.

***

Concours. — Un concours public pour la nomination à six places de médecin titulaire du Bureau de bienfaisance de Lyon s'ouvrira le 1er octobre, à neuf heures du matin, à l'Hôtel Dieu de cette ville. Un traitement de 2,000 francs est attaché à ces fonctions dont la durée est de quatre ans.

— Un concours pour la nomination à trois places de médecin-inspecteur titulaire des Écoles municipales et des Écoles maternelles de la ville de Lyon s'ouvrira le lundi 10 décembre.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la mairie, à l'Hôtel de Ville, avant le 1er décembre.

***

Faculté de médecine de Bordeaux. — La Faculté a décerné les récompenses suivantes à la suite des concours de cette année :

Première année. — Prix : M. Vinceot ; mention très honorable : M. Viéron ; mention honorable : M. Teissier.

Deuxième année. — Prix : M. Hédon.

Troisième année. — Prix : M. Canac ; mention honorable : M. Rabaine.

Prix du Conseil général : M. Prioleau.

***

École de médecine d'Alger. — A la suite des concours de l'année scolaire 1882-1883, l'École a décerné les récompenses suivantes :

Première année. — Mention honorable : M. Wo Lévan.

Deuxième année. — Mention honorable : M. Chalençon.

Troisième année. — Prix : M. Guérin.

Travaux pratiques — *Première année.* — Mention honorable *ex æquo* : MM. Alfred Auzoulay et Léon Auzoulay.

Deuxième année. — Prix : M. Gegbre ; mention honorable : M. Viller.

Troisième année. — Mention honorable *ex æquo* : MM. Combes et Renault.

***

École de médecine de Nantes. — M. Laënnec, professeur d'hygiène et de médecine légale, est transféré sur sa demande dans la chaire de physiologie vacante par suite de la démission de M. Gousset de Bellesme.

M. La peyre, suppléant des chaires de médecine, est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale, en remplacement de M. le Professeur Laënnec.

M. Leduc, docteur en médecine et licencié ès sciences physiques, est nommé professeur de physique.

***

Hôpitaux de Nantes. — La date de l'ouverture du concours pour une place de médecin suppléant, qui devait avoir lieu le 15 octobre prochain, est reportée au 12 novembre 1883.

***

Inspectorat. — Sont nommés, pour trois ans, médecins inspecteurs des écoles primaires et maternelles communales du canton de Saint-Denis : MM. les docteurs Dupuy, Felz, Dumonteil-Grampré, Thobois et Serpaggi.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1882-1883.

320. M. Leblond. Etude physiologique et thérapeutique de la caféine. — 321. M. Bovet. Contribution à l'étude de la dysphagie chez les tuberculeux. — 322. M. Jeanne. Essai sur la gastro-entéralgie anémique des pays chauds. — 323. M. Barbolain. Etude sur l'eau oxygénée. — 324. M. Capelle. Contribution à l'étude de l'intoxication saturnine. — 325. M. Loysel. Contribution à l'étude de l'oxygène appliqué au traitement de l'asphyxie et de certains empoisonnements. — 326. M. Daillon (Georges). Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de peptone mercurique-ammonique. — 327. M. Bazin. Contribution à l'étude des arthrites dans la fièvre typhoïde. — 328. M. Desmoulins. Contribution à l'étude des pansements antiseptiques et à leur application en chirurgie dans les armées de terre et de mer. — 329. M. Le Clerc. Contusion et néoplasmes. De la prédisposition aux tumeurs. — 330. M. Honsz. De quelques points cliniques de paludisme en Algérie. — Rapports du paludisme avec quelques maladies médicales. — 331. M. Escalais. Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés par l'acide phénique. — 332. M. Clos. De l'invagination intestinale provoquée par les tumeurs de l'intestin et en particulier par le lipôme de l'intestin. — 333. M. Barrère. Valeur séméiologique de la tache uréthrale. — 334. M. Blechmann. Contribution à l'étude de la néphrite infectieuse dans l'érysipèle de la face. — 335. M. Simonneaux. Des signes et du traitement au début de la coxalgie tuberculeuse chez les enfants. — 336. M. Rattel. De la médecine chez les encyclopédistes. — 337. M. Milliot. Recherches cliniques sur les rapports de la glycosurie et du paludisme. — 338. M. Geneix. Des éruptions cutanées dans l'infection puerpérale et en particulier de l'érythème polymorphe. — 339. M. Bouvard. Des accidents cutanés consécutifs à l'usage interne des préparations quiniques. — 340. M. Triboul. De l'ignipuncture dans le traitement des tumeurs blanches. — 341. M. d'Andria. De la dacryocystite chronique et de son traitement par la dilatation forcée du sac lacrymal. — 342 M. Demesse. Du traitement de la pustule maligne par les injections interstitielles de teinture d'iode. — 343 M. Jules Simon. Les succédanés en thérapeutique. — Etude comparative de l'action physiologique des quatre principaux alcaloïdes du quinquina : quinine, cinchonine, cinchonidine, quinidine. — 344. M. Jouannaud. De la gale non-prurigineuse. — 345. M. Dochâteau. La constriction permanente des mâchoires de cause dentaire ; son traitement. — 346. M. Ladmiral. Sur un cas d'amputation congénitale. — 347. M. Clisson. Contribution à l'étude des tumeurs à myéloplaxes. — 348. M. Frey. Etudes sur les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et leur traitement. — 349. M. Dautel. De la pérityphlite primitive. — 350. M. Auriol. Contribution à l'étude des thromboses cachectiques de la veine-porte. — 351. M. Burel. Etude sur l'étiologie et la pathogénie du béribéri. — 352. M. Sanvage. De la valeur diagnostique de la présence du bacille de Koch dans les crachats. — 353. M. Petitbien. Des ulcérations intestinales dans l'érysipèle. — 354. M. Apostolos Georgiades. De l'arthrite génitale survenue pendant la grossesse et dans le cours de la lactation. — 355. M. Lassègue. Des cardiopathies réflexes d'origine brachiale.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 7 au jeudi 13 septembre 1883.

Fièvre typhoïde 36. — Variole 5. — Rougeole 16. — Scarlatine 0. — Coqueluche 11. — Diphtérie, croup 25. — Dysentérie 1. — Erysipèle 1. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 37. — Phthisie pulmonaire 167. — Autres tuberculoses 14. — Autres affections générales 68. — Malformation et débilité des âges extrêmes 40. — Bronchite aiguë 16. — Pneumonie 28. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 85, — au sein et mixte 50. — Inconnu 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 89. — de l'appareil circulatoire 58. — de l'appareil respiratoire 43. — de l'appareil digestif 42. — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 33. — Causes non classées 1. — Total de la semaine : 929 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

L'ovulation dans ses rapports avec la menstruation et la fécondation, leçon d'ouverture du cours de M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris. — Prix : 1 fr. 50. — Librairie H. Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne.

Le cuivre et les conserves de légumes, par M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre du comité consultatif d'hygiène de France. — Prix : 1 fr. 50. — Librairie H. Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale et d'hygiène pour 1883, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1882 et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'une note sur le traitement hygiénique de la fièvre typhoïde et d'un mémoire sur les parasiticides, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, et par J. Bouchardat, médecin-major (43e année). — 1 librairie Germer Baillière et Cie, 108, boul. St-Germain.

Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie, par le professeur Weir Mitchell M.-D., membre de l'Académie nationale des sciences des Etats-Unis d'Amérique, etc., traduit par le docteur O. Jennings, membre du Collège royal des chirurgiens de Londres, etc., avec une introduction par M. le professeur P. Ball, 1 vol. in-8. — Prix : 4 fr. — Librairie O. Berthier, 104, boul. Saint-Germain.

Paralysies toxiques, syphilis cérébrale, par le docteur Lancereaux et recueillies par le docteur Daupier. In-8 avec 14 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Des accidents pernicieux d'origine palustre, par le docteur Bard, médecin des hôpitaux de Lyon, etc. In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Etude anatomique et anthropologique sur les os wormiens, par le docteur Chambellan. In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets, par le docteur Baumel. In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Traité de l'herpétisme, par le docteur Lancereaux, professeur agrégé, etc. 1 vol. in-8 avec 19 figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;**
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 27 septembre 1883.

Académie de médecine : APPLICATION DE LA MÉTHODE DES INSCRIPTIONS GRAPHIQUES A L'ÉTUDE DE LA MÉCANIQUE ANIMALE. — DE L'ASEPTICITÉ DES SELS DE CUIVRE. — ORIGINE DE L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE DE CHOLÉRA EN ÉGYPTE. — DE L'ATTÉNUATION DU CONTAGE CHOLÉRIQUE A BORD DES NAVIRES.

Il y a trois semaines, M. Giraud-Teulon entretenant l'Académie de médecine sur les progrès réalisés dans l'histoire des mécanismes de la locomotion chez l'homme par la méthode des inscriptions graphiques, avait montré dans une étude de critique savante, que la nouvelle méthode autographique des mouvements, due au professeur Marey, n'avait fait que confirmer les résultats que d'autres avaient acquis précédemment par simple voie d'induction. Mais cette méthode n'en est encore qu'à ses débuts, et c'est d'elle seule que nous devons attendre des progrès nouveaux dans l'étude de la mécanique animale ; c'est du moins l'opinion que M. Marey a cherché à faire prévaloir mardi dernier, dans sa réponse à M. Giraud-Teulon.

— En se basant sur des recherches récentes faites dans le laboratoire de M. Vulpian, M. Bochefontaine annonçait, il y a huit jours, que les composés cupriques sont dépourvus de toute action délétère sur les vibrioniens, et que, dès lors, en admettant que le contage du choléra est représenté par des germes microbiques, l'action prophylactique attribuée aux sels de cuivre contre le choléra asiatique paraissait des plus douteuses. A quoi M. Micquel, chef du service micrographique de l'observatoire de Mont-Souris, est venu répondre qu'on ne saurait juger de la valeur antiseptique d'une substance d'après son aptitude à entraver le développement d'un mycélium de moisissure, et que les antiputrides d'origine minérale n'exercent une action délétère sur les mucédinées qu'à des doses de 5, 10 et même 20 fois plus fortes que celles qui sont nécessaires pour anéantir les microbes adultes de l'ordre des bactéries.

Cela ne prouve pas que le cuivre et ses composés préservent ou guérissent du choléra, pas plus que les arguments invoqués par M. Hunter et d'autres médecins anglais ou égyptiens, contre l'importation de la dernière épidémie de choléra en Egypte ne prouvent l'inutilité des quarantaines. Des documents d'une valeur incontestable, publiés par le JOURNAL D'HYGIÈNE et communiqués par M. J. Guérin à l'Académie de médecine, nous montrent les médecins qui ont suivi la marche de cette épidémie sur les bords du Nil comme à peu près unanimes à admettre le développement du fléau sur place. Est-ce une raison d'admettre que le contage du cho-

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Juin-Septembre.

Dom Calmet et les microbes de la lèpre. — La microbomanie. — La microbophobie. — Les microboctones. — Le cuivre et le choléra. — Mort de Thuillier. — Autres pertes. — Les plagiats scientifiques. — Un nouveau titre honorifique.

Par ce temps de découvertes microbiques, il n'est peut-être pas sans intérêt de consulter un peu l'histoire. Décidément on peut répéter avec l'Ecclésiaste : *Nil est sub sole novum.*

Dans une étude sur la Bible, le bénédictin dom Calmet (qui est mort en 1757) disait à propos de la lèpre : « que cette maladie, et toutes celles qui y ont quelque rapport, sont causées par de petits vers imperceptibles, qui se glissent entre cuir et chair, qui rongent l'épiderme, la peau, les extrémités des nerfs, etc., et qui s'attachent de même aux étoffes et aux murailles ». Il faut voir comme Lordat (l'éditeur d'un ouvrage posthume de Barthez, intitulé : *Consultations de médecine*, Paris, 1820), en reproduisant cette opinion, faisait rudement la leçon à feu dom Calmet : « Il n'est jamais permis aux médecins, disait-il, de recourir à des hypothèses purement gratuites, dans l'invention desquelles on ne s'imposerait d'autre loi que de rendre raison des phénomènes. Ils doivent bien se garder, par exemple, d'imiter dom Calmet, qui pour assigner la cause de la lèpre, n'ayant égard qu'à la nécessité de trouver une théorie, applicable non seulement à la lèpre des hommes, mais encore à celle des vêtements et des maisons, dont il est question dans les livres saints, » a fait la supposition que nous avons reproduite.

Aujourd'hui, quelle réaction ! N'est-il pas curieux de trouver dans un auteur presque oublié des antécédents aux recherches des Armauer Hansen, d'Hillairet et Gaucher, de Cornil et Suchard, etc., etc. ?

Il y a à peine un demi-siècle, nos grands maîtres de la méde-

léra asiatique ne puisse se propager à distance et qu'il soit superflu d'opposer des barrières à l'extension de ses ravages? Récemment un des hommes les plus compétents dans les questions d'hygiène et d'épidémiologie, le professeur Pettenkoffer, de Munich, en appelait à des faits on ne peut plus probants pour soutenir que les navires constituaient un milieu peu favorable à l'entretien et au développement du contage cholérique, que les individus succombant au choléra en pleine mer ont presque toujours contracté la maladie avant de s'embarquer, et qu'il suffit à un navire de rester privé de toute communication avec la terre ferme pendant un certain laps de temps, pour que les germes cholériques retenus à bord perdent toute activité pathogène. S'il en est ainsi, l'utilité des quarantaines est pleinement justifiée; cela n'empêche pas d'admettre que l'Egypte ait pu, à l'origine de la récente épidémie de choléra, réaliser les mêmes conditions de mauvaise hygiène que celles qui font éclore ce fléau à l'embouchure du Gange, et qu'une fois par hasard cette redoutable maladie soit née sur place au lieu d'être importée. Est-ce là un motif pour l'Europe de ne rien faire en vue de se préserver de la visite de cet hôte terrible, sous prétexte que nous ne sommes pas placés dans les mêmes conditions d'insalubrité que les habitants de l'Egypte?

En prenant connaissance du compte rendu de l'Académie de médecine, nos lecteurs apprendront comment M. Béchamp, qui a terminé sa communication sur les microzymas, explique l'utilité des quarantaines en s'inspirant du rôle et des aptitudes qu'il assigne à ces éléments primordiaux de l'organisme animal.

E. R.

PHYSIOLOGIE

SUR UN CAS DE MENSTRUATION PRÉCOCE, par M. le Dr CABANÉ.

L'étude de la menstruation est une de celles qui ont donné naissance aux travaux les plus divers, aux hypothèses les plus nombreuses et aux assertions les plus contradictoires. Des erreurs de toute nature ont eu cours en cette matière; on a invoqué, pour expliquer ce phénomène, depuis l'action directe de la lune jusqu'à la nécessité absolue de ce flux destiné à donner issue aux humeurs plus on moins « aigres et peccantes » contenues dans le corps des femmes. Depuis les travaux de de Graaf, Baner, Bischoff, Coste, Négrier, Raciborski, etc., etc., on sait quelle est l'explication du phénomène, et sur ce point la science est affranchie des théories fantaisistes. La production par l'ovaire et l'accroissement considérable de ces vésicules auxquelles de Graaf a donné son nom, la congestion sanguine d'origine réflexe, puis la turgescence de tous les vaisseaux utérins pendant ce travail évolutif et enfin l'hémorrhagie périodique, telles sont les phases essentielles du phénomène, personne ne l'ignore aujourd'hui.

Toutefois, si la cause productrice des règles est depuis longtemps parfaitement connue, il n'en est pas de même des lois qui president à leur apparition, de l'influence que peuvent avoir sur celles-ci le climat et la latitude. Pour être accessoires, ces questions n'en ont pas moins une réelle importance, et tan d'erreurs ont été mises en avant, qu'on ne saurait trop leur opposer la réalité des faits. Que de gens, je dis des plus instruits, croient encore que les femmes habitant les régions voisines de l'équateur sont réglées vers l'âge de 7 ou 8 ans, tandis que les Lapones ou les Esquimaudes le sont à peine à vingt cinq ans! A la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, cette erreur était passée à l'état de dogme indiscutable; les récits des voyageurs, les autorités de Haller, de Montesquieu, de La Harpe, de Cabanis et d'un grand nombre d'autres auteurs, la tradition d'après laquelle Mahomet aurait épousé Kadisja à l'âge de cinq ans et l'aurait admise à cohabiter à huit ans, tout cela était quotidiennement cité à l'appui de cette assertion. Un des premiers, Robertson (de Manchester), publia en 1837 (1) et dans les années suivantes une série d'articles destinés à montrer que l'établissement de la menstruation avait lieu sous toutes les latitudes à la même époque de la vie des femmes. C'est ainsi qu'il citait nombre d'exemples de filles réglées à dix-sept ans seulement à Calcutta, d'autres réglées à douze ans à Copenhague; aussi assignait-il l'âge de quinze ans comme étant la moyenne de la puberté, quel que soit le pays. Cette conclusion était de beaucoup trop absolue et s'écartait de la vérité. Joulin (2) a rassemblé

(1) EDINBURG MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL t. XXVIII, 1837. Du même, une série d'articles dans le même journal sur le même sujet (1844-1845-1846-1847-1848).

(2) JOULIN. *Traité complet d'accouchements*, 1re partie, p. 111.

cine n'ont-ils pas assez tourné en ridicule les théories de Raspail?

Aujourd'hui on renchérit à qui mieux mieux sur ces doctrines; chacun veut découvrir des microbes spéciaux pour chaque entité morbide.

***

A côté de ces prétendues maladies, ou plutôt de ces symptômes, ou mieux encore des conséquences de certaines maladies, que l'on s'est plu à décrire ces dernières années, (agoraphobie, claustrophobie, morphiomanie, etc., etc.), il est une nouvelle maladie mentale qui commence à faire d'immenses ravages dans notre corporation médicale: je veux parler de la microbomanie et de son corollaire indispensable, la microbophobie.

Disons d'abord un mot de la microbomanie.

Cette affection de l'âge adulte, de l'âge mûr et même de la vieillesse prend naissance chez des médecins souvent instruits, quelquefois chercheurs, presque toujours ambitieux.

Elle est caractérisée au début par un certain besoin de faire parler de soi, qui s'accompagne d'un léger degré de fièvre, d'un prurit de popularité, qui bientôt provoque le désir de découvrir à l'aide du microscope des corpuscules mobiles dans le sang ou dans les autres liquides de sujets en proie aux maladies les plus diverses.

Ce désir est bientôt suivi d'actes destinés à l'assouvissement de cette appétence spéciale.

On finit par signaler dans l'impaludisme, dans la rougeole, la scarlatine, ou même les simples oreillons, etc., la présence de corpuscules animés qui, faisant office de boucs émissaires, sont chargés de tous les crimes imputables à chaque individualité pathologique.

Que si plusieurs observateurs atteints de la maladie, ou plutôt de cette manie, portent leur attention sur une même affection, ils risquent fort de décrire des microbes tout différents. Mais cela importe peu! Ils auront fait du bruit autour de leur découverte et les discussions qui viendront les battre en brèche ne feront que jeter leur nom jusque-là ignoré à tous les carrefours de la renommée. Ce nom sera bientôt connu. Cela suffit en général à la guérison de la microbomanie. Mais les rechutes sont à craindre.

***

14,678 observations qu'il a divisées en trois groupes répondant aux trois grandes zones climatériques : tempérée, chaude et froide ; la première séparée des deux autres au niveau des 33e et 54e parallèles (Madère, Manchester). On peut conclure de ce travail que le climat chaud avance de quelques mois l'apparition des règles et qu'entre les moyennes des zones froide et tempérée il existe une différence de même sens, mais beaucoup moins tranchée. Enfin Raciborski, dans un travail excellent, a définitivement élucidé la question ; 25,592 observations prises sur divers points du globe, entre l'équateur et le pôle, lui ont donné pour notre hémisphère les résultats suivants : dans l'Asie méridionale, au voisinage de l'équateur, le début de la menstruation a lieu aux environs de la treizième année, et cela environ dix degrés avant d'atteindre le cercle équatorial ; tandis qu'au 68e degré de latitude nord, c'est-à-dire à la partie la plus septentrionale de la Laponie, l'âge moyen de la puberté est seize ans. Donc une différence de trois ans existe entre les climats les plus chauds et les zones glaciales, et encore faut-il considérer que ce ne sont là que des moyennes et que, à l'équateur comme au pôle, on trouve mainte fille qui devient pubère à l'âge de quinze ans indiqué par Robertson. Ces résultats concordent d'une façon absolue avec les déclarations du professeur Faye (de Christiania) et du docteur Vogt, son chef de clinique, lesquels, au Congrès international de médecine (1867) déclarèrent que l'âge moyen de l'éruption menstruelle en Norvège était de quinze à seize ans.

Il est donc exact de dire que la latitude influe avec bien d'autres conditions sur l'apparition du premier flux cataménial, mais que cette influence est de beaucoup moindre qu'on ne l'avait cru. Du reste, on peut affirmer que, seule, la latitude ne réglemente pas la puberté ; les conditions les plus diverses d'hygiène et de développement sont des facteurs qui viennent s'ajouter à l'action du climat.

L'époque à laquelle la femme arrive au terme de sa carrière génitale ne présente pas de variations plus grandes. Il faut reléguer au rang des fables cette assertion d'après laquelle les femmes des pays chauds arrivent à la ménopause avant trente ans. Les détails statistiques les plus irréfutables ont démontré que chez toute femme, les ovaires étaient un certain nombre de fois le siége du travail qui provoque par son action réflexe sur l'utérus l'éruption menstruelle et que ce nombre variait entre 365 et 410 ; que tout ovaire naissait avec la propriété de mener à maturation un nombre à peu près uniforme de vésicules de de Graaf. La preuve qu'il en est ainsi, que tout ovaire sain doit fournir un nombre d'œufs à peu près pareil, c'est qu'on a constaté, et cela sous toutes les latitudes, que quand une femme avait eu de nombreuses grossesses, pendant lesquelles la production des ovules était nécessairement interrompue, l'époque de sa ménopause se trouvait constamment et proportionnellement reculée, les ovaires rachetant en quelque sorte, par un travail poussé au delà des limites ordinaires, le repos où l'ont condamné les grossesses et les allaitements antérieurs.

II

De ce qui précède, on est en droit de conclure que, s'il est une fonction qui s'établisse d'une manière à peu près uniforme chez la femme, c'est à coup sûr la fonction menstruelle. Son apparition et sa disparition, bien que sujettes à de légers écarts dus à des conditions diverses de climat, d'habitude, de position sociale et de force intrinsèque, peuvent néanmoins être enfermées dans un laps de temps relativement assez restreint en dehors duquel se voient peu d'exceptions, et encore ces dissidences ont-elles lieu à une époque toujours rapprochée du moment où la fonction devait normalement s'établir ou se supprimer.

Il est cependant quelques exemples s'écartant si violemment de la moyenne ou mieux de la loi générale, qu'ils constituent de véritables phénomènes parfaitement qualifiés par Raciborski de monstruosités emméniques. Je sais qu'il existe quelques exemples d'apparition très précoce des règles ; je reviendrai dans un instant sur ces faits. D'après Liégeais (1), la précocité menstruelle serait même plus commune qu'on ne pense ; cet auteur a trouvé sur des enfants de 2 ans, et à sept reprises différentes « des vésicules de de Graaf très développées, aussi volumineuses qu'un grain de chènevis et contenant chacune dans leur intérieur un œuf ayant presque le « volume de celui d'une femme de 25 ans, qu'il avait alors sous « les yeux » Des observations concordantes ont été plusieurs fois faites à l'amphithéâtre ; malheureusement, il a été impossible de s'enquérir si la précocité fonctionnelle correspondait à la précocité anatomique.

(1) Liegeais : *Traité de physiologie appliquée à la médecine et à la chirurgie.* Paris, 1869.

Par contre, une autre maladie nouvelle est éclose, la microbophobie, qui fait des ravages plus grands encore, ravages qui vont croissant d'autant plus sérieusement que les microbomanes travaillent davantage et font plus de découvertes. Il est des médecins mariés qui, sous cette menace incessante des microbes, ne vont plus qu'avec de grandes appréhensions visiter les malades atteints d'affections à microbes vrais ou prétendus. En vain, leurs enfants accourent-ils pour embrasser un père revenant de sa tournée professionnelle, celui-ci se soustrait à leur approche ; il va se dépouiller de ses vêtements et procède à des ablutions antiputrides avant d'oser affronter le contact des siens.

Heureusement on trouve maintenant de l'acide phénique jusque dans les campagnes les plus déshéritées. Et c'est l'acide phénique qui, plus fort que le Code, autorise l'époux contaminé à subir les approches de sa famille.

Voilà les microbophobes.

* * *

Mais si le mal est grand, si les microbes sont multiples et variés, par bonheur nos thérapeutes redoublent d'activité.

Les microboctones sont nés, et M. Burq, par exemple, vient rassurer les esprits qui redoutent le choléra en leur présentant un amulette prétendu infaillible : le cuivre.

J'avais eu grand'peur dernièrement pour la thèse de M. Burq lorsque M. Bailly (de Chambly) est venu démontrer devant l'Académie de médecine que le cuivre ne conférait pas une immunité absolue aux ouvriers qui travaillent ce métal.

Mais, si je dois m'en rapporter au texte que le BULLETIN DE L'ACADÉMIE nous a transmis (Bulletin qui ne donne jamais, on le sait, qu'un résumé très écourté des lectures faites devant les académiciens par des membres étrangers à la docte Société), le docteur Bailly (de Chambly) n'aurait ébranlé en rien la thèse du docteur Burq, puisque ce dernier n'attribue au cuivre une influence protectrice que contre le seul choléra.

On pouvait donc rester rassuré contre la menace des microbes indiens. Et il était permis de se réjouir du peu de logique de M. Bailly, qui, lorsque le docteur Burq avait affirmé qu'aucun ouvrier travaillant au milieu du cuivre n'avait subi les atteintes du choléra, venait nous dire que le cuivre n'empêchait pas les ouvriers travaillant le métal blanc d'avoir la fièvre typhoïde.

Il serait, je crois, peu exact de dire que toute enfant chez laquelle on a trouvé des vésicules de de Graaf développées, ou même des corps jaunes cicatriciels, devait nécessairement présenter pendant la vie une hémorrhagie cataméniale. C'est qu'en effet la fonction est double et constituée par deux éléments distincts, dont l'un, l'écoulement sanguin, peut faire défaut par suite d'une inactivité de la muqueuse utérine. Cette torpeur de la matrice, qui l'empêche de répondre au travail ovarien et d'en ressentir les effets en les traduisant par l'hémorrhagie, ne laisse pas que d'être assez fréquente. Tous les traités d'accouchement citent de nombreux exemples de femmes enceintes, n'ayant jamais présenté de menstruation. Giraudet, de Tours (1) a cité une série de sept observations se rapportant à des femmes n'ayant jamais été réglées ou ayant cessé depuis fort longtemps de l'être, chez lesquelles il a trouvé les deux ovaires présentant des vésicules de de Graaf à leurs diverses périodes d'évolution, ainsi que des cicatrices récentes de corps jaunes. Gubler a publié l'observation d'une fille de 23 ans, qui n'avait jamais été réglée et dont les ovaires portaient dix-sept cicatrices. Donc, bien que les autopsies aient fourni un assez grand nombre de cas d'un développement ovarien des plus insolites, les cas d'une véritable apparition des règles à une époque très rapprochée de la naissance sont-ils excessivement rares dans la science.

Il faut éloigner tout d'abord un grand nombre des faits cités comme exemples de menstruation très précoce. Il arrive assez souvent, il est vrai, de voir des petites filles, peu de jours après leur naissance, rejeter par la vulve un peu de mucosité sanguinolente; cet écoulement cesse bientôt de lui-même et aura sûrement donné lieu à la plupart des histoires de menstruation établie dès la naissance. Quant à bon nombre d'autres observations, en les examinant attentivement, on peut se convaincre qu'il s'agit le plus souvent d'écoulements sanguins, qui sont bien loin d'avoir la régularité et le caractère de la menstruation. Cependant il existe quelques exemples de menstruation très précoce. Dans un travail de Dezeimeris (2), on trouve rapportés plusieurs de ces cas. Mais, il faut l'avouer, le plus grand nombre mérite d'être négligé, par les raisons que nous venons de donner. Quoi qu'il en soit, quelques-uns, en très petit nombre, il est vrai, présentent un caractère absolu d'authenticité, et sont remarquables. En voici la briève analyse :

1° On trouve dans l'ancien Dictionnaire des sciences médicales, à l'article *Puberté*, l'observation suivante du docteur Commarmand (de Lyon) : « Un enfant du sexe féminin présenta, à l'âge de trois mois, un développement des seins dont « la mère conçut de l'inquiétude. Cette inquiétude devint plus « grande lorsqu'on vit les parties génitales se couvrir de poils « noirs, crépus, épais, et les aisselles offrir la même particularité. Bientôt les règles coulèrent comme chez une femme « bien formée, et elles ont reparu avec régularité jusqu'à présent que cette enfant est âgée de vingt-sept mois. Le docteur Commarmand l'a vue pour la première fois à l'âge de « sept mois; il fut étonné de l'expression du visage et surtout « de la vivacité des yeux, qui semblaient exprimer des désirs. « La gorge a continué à prendre du développement; elle est « ferme et bien placée; en un mot, cette petite fille présente à « son âge actuel (27 mois) tous les signes physiques de la puberté, qui ont commencé à se manifester peu après la naissance. »

2° Au rapport du docteur Lebeau, Mathilde H..., née, à la Nouvelle-Orléans le 30 septembre 1827, vint au monde les seins complètement développés et le mont de Vénus couvert de poils comme une fille nubile. A trois ans, les règles parurent et revinrent tous les mois aussi abondantes que chez une femme faite; chaque époque durait trois jours. A l'âge de quatre ans, elle était très grande (1 mètre 25); les seins avaient la grosseur d'une orange et les dimensions de son bassin étaient de beaucoup supérieures à celles d'une enfant de son âge.

3° D'Outrepont relate l'observation d'une enfant qui, à deux semaines, avait quatre dents et qui fut menstruée à neuf mois. Les règles revinrent périodiquement tous les mois jusqu'à neuf ans, époque où l'observation fut discontinuée. Cette enfant ne présenta jamais de poils aux parties génitales.

4° Susewind déclare avoir connu une fille de vingt-sept mois, rachitique, qui avait été réglée dès l'âge d'un an. Le flux sanguin se reproduisait régulièrement tous les mois et s'accompagnait des symptômes de congestion qu'on observe chez les

(1) Giraudet (de Tours). *De la valeur des théories dans l'explication des causes de la menstruation*. Gazette des hôpitaux, 1858.

(2) Dezeimeris. Journal l'Expérience, t. II, p. 12.

On pouvait continuer sa confiance au docteur Burq.

Mais voici que brusquement autant que brutalement le télégraphe est venu nous annoncer la mort à Alexandrie, par le choléra, de M. Thuillier.

Thuillier, un des croyants à l'efficacité du cuivre, est mort bardé et saturé de ce métal. O vicissitudes des choses d'ici-bas!

Voilà une fois de plus que les branches auxquelles on croit pouvoir se rattacher solidement échappent à nos étreintes.

***

Nous sommes à l'aise pour dire un dernier adieu au courageux Thuillier, d'autant plus à l'aise que Thuillier n'était pas médecin.

N'est-il pas digne d'admiration, en effet, ce jeune savant, ce normalien plein d'avenir, qui de lui-même est allé au-devant de la mort?

Il doit être considéré comme un vrai martyr de la science, plutôt que comme victime d'une maladie, qui sans doute ne serait pas venue le chercher dans le laboratoire de la rue d'Ulm.

Il s'est dévoué au service de l'humanité en demandant à faire partie d'une mission qui allait étudier sur place les causes, les conditions de développement et les remèdes du choléra.

Honneur à cette jeune victime de la libre recherche.

***

Que d'autres sont morts parmi les médecins notables, dans le cours de ces derniers mois : En Suisse, le vénéré professeur Valentin; en Italie, Pacini et Colomiatti; en Portugal, le professeur da Costa Alvarenga; en France, Filhol; puis bientôt Archambault, qui n'avait pas donné toute sa mesure; Parrot, qui n'avait pas terminé ses recherches, et ce docteur Combes qui, sous le pseudonyme Franck de Sombec, avait su jeter dans des feuilletons remarquables bien des germes de vérité qui fructifieront un jour.

***

Ne vaudrait-il pas mieux être compté au nombre de ces morts que de faire partie de ce nouveau groupe de confrères que dans ces derniers temps on a pu accuser de plagiat?

Si en littérature la forme prime le fond, si on peut trouver ridicule le reproche que l'on a fait à Victorien Sardou, par exemple, de prendre son bien où il le trouve, en science, où le fond au con-

femmes à l'époque de leurs règles. Les seins et le mont de Vénus offraient chez cette enfant le développement qu'on observe sur une fille âgée de quatorze ou quinze ans.

5° Enfin on trouve relatée dans Velpeau (1), d'après Meckel (2), l'observation d'une jeune fille de la Havane dont les règles ont paru pour la première fois dès l'âge de dix-huit mois et ont continué à se montrer régulièrement tous les mois. L'enfant avait déjà de la gorge, des traits prononcés, des poils aux parties de la génération et de plus était d'une force considérable.

Tels sont les faits de menstruation très précoce qui existent dans la science. Ils sont au nombre de cinq, si on veut s'en tenir à ceux qui sont absolument authentiques et qui se rapportent à de tout jeunes enfants, les cas de règles survenues à quatre, cinq et six ans étant un peu plus fréquents. Sur les cinq faits que je viens d'indiquer, trois se rapportent à des menstruations apparues à un an ou au delà. Deux seulement (Commarmand et d'Outrepont) sont antérieurs à l'âge de douze mois. Encore dois-je faire observer que le fait de Commarmand n'a été observé par lui que pendant deux ans environ ; de plus cet auteur néglige d'indiquer le temps qui s'écoula entre le moment où les seins de l'enfant commencèrent à grossir et l'époque où apparut le premier écoulement sanguin. Le fait de d'Outrepont, qui comprend une observation continuée 8 ans et trois mois, me paraît de beaucoup le plus curieux, bien que le sujet n'ait pas présenté un développement du système pileux génital parallèle à l'évolution menstruelle. Il n'en est pas moins vrai que la durée du phénomène observé et sa régularité à se reproduire sans la moindre intermittence constituent une observation de précocité tout à fait remarquable.

Du reste, l'observation suivante, qu'il m'a été donné de pouvoir suivre pendant plusieurs années, présente, comme on le verra, de très grandes analogies avec le fait observé par cet auteur :

(*A suivre.*)

(1) VELPEAU, *Traité des accouchements*, t. I, p. 119.

(2) MECKEL, *Archives pour 1827*, reproduit dans THE LANCET, 1829, t. I, p. 264.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

RÉFLEXIONS CLINIQUES SUR L'EMPLOI DU CORSET DE SAYRE DANS LE TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE, par LUCIEN PICQUÉ.

Ayant eu l'occasion d'observer cette année dans le service de mon excellent maître M. Berger un cas de scoliose traité par le corset de Sayre, j'ai pensé qu'il serait intéressant de rappeler à cette occasion les avantages et les inconvénients d'un traitement dont on a tant parlé dans ces derniers temps.

Voici le fait :

La nommée Rougé (Françoise), âgée de dix-sept ans, domestique, entre le 12 juillet 1882 salle Sainte-Catherine, n° 21, dans le service de M. Berger.

Cette jeune malade raconte qu'elle a été dès son jeune âge obligée de s'occuper aux travaux pénibles de la terre. Pas d'influence scolaire.

Quelques antécédents strumeux.

La déformation qui la fait entrer à l'hôpital remonte à l'âge de douze ans : d'abord peu accusée, elle a surtout augmenté depuis dix-huit mois. L'affection est restée constamment indolente.

État actuel. — Il existe en arrière et à droite une tuméfaction considérable, au niveau de la partie supérieure du thorax. Elle est en grande partie constituée par la saillie de l'angle postérieur des côtes sous-jacentes.

Le scapulum est soulevé en masse et contribue à donner à la tumeur un volume considérable.

La tuméfaction atteint son maximum au niveau des quatrième et cinquième côtes dorsales.

Le tronc de ce côté présente une convexité marquée qui contraste avec une concavité correspondante du côté droit.

En regardant la malade de face, les épaules semblent placées sur le même plan ; l'épaule droite néanmoins est légèrement élevée, le creux sus-claviculaire correspondant est effacé ; il y existe même une saillie ; l'articulation sténio-claviculaire est plus apparente.

On voit battre sous la peau l'artère scapulaire postérieure.

Quand on soulève avec la main le moignon de l'épaule et quand on remet en position le scapulum qui, tiraillé en bas par le grand dorsal, a manifestement basculé sur la tumeur cos-

traire prime de beaucoup la forme, on rougit de voir des confrères étrangers, justifiant le titre de Grecs, venir présenter comme originales, et devant une de nos académies nationales, des découvertes faites et publiées par d'autres.

Quelle audace et quelle imprudence ! C'est plus qu'une faute, c'est une maladresse.

***

Que j'aime bien mieux la conduite de ce jeune docteur qui, ayant été chassé du Val-de-Grâce, s'était installé dans un des quartiers les plus populeux de Paris, à Montmartre je crois, et avait hautement mis comme sous-titre à toutes ses cartes de visite :

Dr X...
licencié du Val-de-Grâce.

Et notre médecin a eu le plus grand succès.

Voilà au moins du *puffisme* spirituel et par conséquent français.

DR PÉTER-PAUL SOMANS.

NÉCROLOGIE. — Voici à peu près en quels termes M. Pasteur a, dans une lettre rendue publique, annoncé à l'Académie la mort de M. Thuillier au champ d'honneur de la science et de l'humanité :

« Je reçois à l'instant la nouvelle d'un grand malheur. M. Thuillier vient de succomber à Alexandrie, frappé d'une attaque de choléra foudroyant. La science perd en lui un de ses plus courageux représentants, un jeune savant du plus grand avenir, mon laboratoire un de ses plus fermes soutiens et moi-même un disciple aimé et dévoué. Je ne me consolerai de cette mort qu'en pensant à notre chère patrie et à ce que Thuillier a fait pour elle.

« Signé : PASTEUR. »

Ajoutons qu'une plaque commémorative destinée à rappeler la fin douloureuse de M. Thuillier et son dévouement à la science va être placée prochainement à l'École normale.

***

CODE SANITAIRE. — Au mois de novembre prochain, une conférence internationale est appelée à se réunir à Rome, afin d'y élaborer les divers articles d'un Code sanitaire international.

tale, la saillie disparaît, le creux sous-claviculaire reparaît; mais alors l'asymétrie des deux épaules devient frappante; l'épaule droite est à environ 5 centimètres au-dessus de l'épaule du côté opposé.

En résumé, il y a une véritable chute de l'épaule, commode pour la malade, et qui lui évite des tiraillements musculaires très douloureux chez elle.

Du côté droit la taille est abaissée; l'espace intercosto-iliaque est diminué d'au moins un bon travers de doigt, mais ce phénomène n'est visible que dans la station verticale.

Sur la partie antérieure du thorax et à gauche, on trouve l'angle antérieur des côtes légèrement saillant, sans gibbosité appréciable; de ce côté, les côtes elles-mêmes sont un peu rapprochées.

Du côté opposé, on trouve, au contraire, les espaces intercostaux un peu agrandis.

Examen de la colonne vertébrale: il existe une déviation des apophyses épineuses s'étendant de la 7e cervicale à la 8e dorsale; cette déviation est caractérisée par une courbure à convexité droite, dont le sommet disparaît sous le bord spinal de l'omoplate.

Examinée dans le décubitus horizontal, cette courbe présente 3 centimètres de flèche au niveau du sommet.

Dans la station droite, la flèche gagne un centimètre, c'est-à-dire atteint 4 centimètres au même point.

Dans l'extension axillaire, la flèche n'a plus que 2 centimètres.

La colonne dorso-lombaire présente les particularités suivantes:

Au niveau de la huitième dorsale, c'est-à-dire à environ 13 centimètres du plateau sacré, la ligne des apophyses épineuses atteint le fil-à-plomb fixé à la 7e cervicale; à partir de ce point, elle s'incurve à gauche, de façon à décrire une courbe à convexité gauche de 1 centimètre de flèche.

Il y a donc en réalité une déviation sigmoïde de la colonne dorso-lombaire.

La colonne cervicale présente une rectitude à peu près normale; la tête se tient droite avec une extrême facilité.

Les muscles dorso-spinaux du côté de la convexité principale, c'est-à-dire à droite, présentent une atrophie manifeste.

Dans le décubitus horizontal, le bassin est en place; les épines iliaques sont sur le même plan; la déviation de la taille déjà signalée ne se produit que dans la station debout.

Disons enfin que la mensuration de la taille dans les deux attitudes donne un bon centimètre de moins dans la station.

Aucune déformation rachitique des tibias.

Au point de vue du diagnostic, il est certain que nous avons affaire à une scoliose latérale caractérisée par une courbure principale à la région dorsale et une courbure inférieure compensatrice.

Dans ce cas, en raison des maximums de courbure au dos et de la correction totale de l'attitude du bassin dans le décubitus dorsal jointe à celle incomplète de la région dorsale dans la même attitude, il est évident que nous ne pouvons admettre que la torsion du bassin ait été primitive et due à la position hanchée, comme M. Dally et d'autres auteurs semblent l'admettre aujourd'hui.

Ici, comme toujours, la longueur de la flèche nous renseigne imparfaitement sur le degré de la flexion des corps vertébraux, en raison du degré variable d'inclinaison l'un sur l'autre des deux arcs de la vertèbre.

Il n'est pas davantage possible de connaître le degré exact de cette torsion, que Smith considère comme primitive dans tous les cas, et qui apporte un si grand obstacle à la curabilité de la lésion.

Quoi qu'il en soit, cette torsion n'est peut-être pas considérable, puisque, et c'est là un signe sur lequel insiste M. de Saint-Germain, la courbure est susceptible de se redresser non seulement dans le décubitus horizontal, mais encore dans l'extension axillaire et dans certaines attitudes de la malade, comme nous avons pu nous en assurer ici.

Le traitement suivi a été celui-ci: application d'un corset de Sayre, suivant la méthode du chirurgien américain, le 19 juillet 1882. Ce corset a été changé environ tous les cinq ou six mois.

Résultat obtenu le 1er août 1883 après un an de traitement: Aucune augmentation de la flèche dorsale, qui mesure encore 4 centimètres en station verticale.

Nous nous réservons de donner plus loin des détails sur les particularités de ce traitement; nous nous contentons de faire observer, quant à présent, que ce résultat est satisfaisant, puisque le corset ne doit viser, d'une façon générale, qu'à la contention.

REVUE DE MÉDECINE

Pathologie générale.

MICROCOQUES DANS LES LAMELLES ÉPIDERMIQUES DES SCARLATINEUX, par M. POHL-PINCUS (1). — INOCULATIONS PRÉVENTIVES DE LA SCARLATINE AVEC DU VIRUS SCARLATINEUX RECUEILLI SUR LE CHEVAL, par M. STICKLER (2). — BACILLES TUBERCULEUX DANS LES GLANDES MAMMAIRES D'UNE VACHE ATTEINTE DE LA POMMELIÈRE, par M. BOLLINGER (3). — EXEMPLES D'INOCULATION DE LA TUBERCULOSE PAR LA VOIE ALIMENTAIRE CHEZ L'HOMME, par M. HERTERICH (4).

M. POHL-PINCUS (de Berlin) croit avoir découvert dans les lamelles épidermiques qui se détachent de la peau des scarlatineux, à la période de desquamation, la présence de microcoques qui seraient les germes de la scarlatine. Voici la technique que M. Pohl-Pincus recommande d'employer pour vérifier cette découverte:

Enlever avec les ciseaux une lamelle d'épiderme encore adhérente sur la plus grande partie de son contour et en détacher la portion attenante au bord qui était libre. Déposer sur la face interne de la portion restante quelques gouttes d'une solution alcoolique saturée de violet de méthyle; au bout de quelques minutes, détacher par le raclage, à l'aide d'une aiguille à cataracte, de petits fragments de la surface colorée, les déposer dans de l'eau distillée pendant un laps de temps indéterminé; les placer ensuite sur le porte-objet et les réduire en particules aussi ténues que possible à l'aide d'aiguilles; le porte-objet est légèrement chauffé à la flamme jusqu'à ce que la préparation paraisse sèche. On y déposera

(1) CENTRALBLATT FUR DIE MED. WISSENSCHAFTEN. 1883, no 36.
(2) NEW-YORK MED. RECORD, 24 mars 1883.
(3) BAIERISCHES INTELLIGENZ. BLATT, 1883, no 16.
(4) MED. CHIRURG. RUNDSCHAU, septembre 1883, p. 646.

ensuite quelques gouttes d'huile de girofle et on recouvrira le tout de baume de Canada.

En procédant de la sorte, on apercevra, dit M. Pohl-Pincus, des microcoques dans une partie des lamelles épidermiques; ces microcoques seront colorés en violet. Leurs dimensions sont des plus exiguës. Ils sont réunis en petit nombre, ne formant jamais d'agrégats serrés et volumineux; en général, ils côtoient les bords des dépressions qui représentent des restes de cellules disjointes.

De l'examen des réactions colorimétriques des noyaux dans les diverses couches de cellules de l'epiderme chez des scarlatineux, M. Pohl-Pinens conclut que dans la scarlatine le processus cutané débute dans des conches situées plus superficiellement que celles qui limitent profondément les lamelles détachées pendant la période de desquamation. D'où il déduit l'indication de s'attaquer dès l'origine au virus deposé dans le *rete Malpighi*, sitôt qu'éclate le mouvement fébrile; car chaque particule du contage déposée dans les mailles de l'épiderme représente un foyer de pullulation dont les produits contribuent à entretenir la fièvre. M. Pohl-Pincus a entrepris dans cette voie des essais thérapeutiques dont il fera connaître ultérieurement les résultats.

Si l'auteur n'a pas essayé de cultiver les micro-organismes découverts par lui pour inoculer les produits de culture à des animaux, c'est parce qu'on n'a pu encore transmettre la scarlatine à ces derniers par voie d'inoculation.

— M. STICKLER croit avoir réussi à combler cette lacune; voici dans quelles circonstances : M. Williams lui ayant adressé du mucus nasal recueilli sur un cheval malade d'une affection que ce vétérinaire présume être identique à la scarlatine humaine, M. Stickler a inoculé environ six gouttes de ce mucus à quatre lapins et à un chien, sous la peau. Vingt-quatre heures après l'inoculation, ces animaux présentaient un exanthème scarlatiniforme qui devint très vite confluent, dura quatre jours et se termina par une desquamation lamelliforme (comme des lamelles de son). Cette éruption à la peau était accompagnée de fièvre, d'anorexie, de rougeur de la muqueuse nasale, qui était le siege d'une sécrétion abondante. Dans le voisinage du lieu d'inoculation, les ganglions étaient engorgés. Au bout de huit jours, tout était rentré dans l'ordre. L'examen du sang, pratiqué jour par jour, révéla une augmentation considérable du nombre des leucocytes; au troisième jour, on voyait de petites granulations arrondies, claires, d'un rouge scarlatineux, adhérant à la périphérie des globules blancs; ces granulations avaient disparu le dixième jour.

Quelque temps après, M. Stickler injecta à ces mêmes animaux, sous la peau, du sang recueilli sur un malade atteint d'une scarlatine confluente; l'inoculation n'eut aucune suite apparente.

Enfin, un peu plus tard, M. Stickler ne craignit pas d'inoculer, à douze enfants qui étaient en traitement à l'hôpital et qui n'avaient jamais eu la scarlatine quelques gouttes du mucus nasal dont la provenance a été indiquée plus haut. Chez tous ces enfants, une éruption ponctiforme apparut au bout de 24 heures au pourtour du point d'inoculation, accompagnée d'un mouvement fébrile léger et de la tuméfaction des ganglions de voisinage. L'éruption dura six jours et aboutit à la desquamation du derme. A peu de jours d'intervalle, M. Stickler inocula à ces mêmes enfants quelques gouttes de sang scarlatineux avec un résultat absolument négatif. Il conclut de ces diverses expériences : 1° que les injections sous-cutanées du virus scarlatineux (?) emprunté au cheval ne présentent aucun danger; 2° que l'inoculation de ce virus à l'homme est suivie d'une éruption circonscrite semblable à celle qu'on observe dans les cas de scarlatine bénigne, et que 3° cette inoculation confère l'immunité contre les atteintes de la scarlatine.

Nous ne risquerons aucun jugement sur la valeur de ces conclusions et des expériences qui leur ont servi de prémisses, mais il nous sera permis de trouver blâmables des tentatives qui se jouent de la santé et même de la vie de nos semblables et dont voici le troisième exemple que nous trouvons à signaler en moins d'une année.

— La tuberculose est susceptible d'être inoculée à des animaux à l'aide de matière tuberculeuse introduite dans le tube digestif avec les aliments; c'est là un fait démontré par les recherches de M. Villemin et d'autres expérimentateurs. M. Bouchardat l'a rappelé dans sa récente communication à l'Académie de médecine. De fortes présomptions portent les médecins à admettre que chez l'homme la tuberculose est parfois acquise par la voie de l'alimentation, et ce mode de contagion a été surtout mis en cause chez les nouveau-nés nourris avec du lait de vaches phtisiques, c'est à-dire affectées de la pommelière qui semble être la tuberculose de l'espèce bovine. La possibilité de ce mode de contagion ne saurait plus être mise en doute maintenant que M. Bollinger, qui s'est beaucoup occupé de recherches concernant les relations de la pommelière et de la tuberculose humaine, a reconnu la présence des bacilles de Koch dans les glandes mammaires d'une vache affectée de la pommelière. Les bacilles ont été trouvés aussi bien dans les parties malades du parenchyme glandulaire que dans le suc laiteux retenu par les canaux excréteurs de la glande. Le suc inoculé à un cobaye, dans le péritoine, amena la mort de l'animal dans l'espace de onze jours; l'autopsie démontra que le cobaye avait succombé à une tuberculisation miliaire de la rate et du péritoine.

Nul doute dès lors que le lait cru des vaches phtisiques ne soit apte à transmettre la tuberculose. Resterait à savoir si la cuisson débarrasse ce lait de ses propriétés malfaisantes; c'est là un point d'une trop grande importance pour que des expériences prochaines ne viennent pas nous renseigner à cet égard.

— Il est très probable que le lait des femmes phtisiques tient également en suspension le contage de la tuberculose. Les médecins, d'ailleurs, n'ont pas attendu qu'on leur vînt démontrer l'inoculabilité et la nature parasitaire de la tuberculose pour s'imposer comme une règle d'interdire l'allaitement aux femmes phtisiques, dans l'intérêt de la nourrice et dans l'intérêt du nourrisson. Bien des femmes dont la lésion pulmonaire n'est pas encore très avancée et dont l'état général est peu compromis résistent aux recommandations du médecin et ne veulent point se soustraire à ce qu'elles considèrent comme un devoir. Des faits, dont l'interprétation ne saurait être douteuse, démontrent les dangers que l'allaitement pratiqué dans ces conditions fait courir aux nourrissons. M. Herterich vient d'en publier un nouvel exemple, instructif à plus d'un titre : M. A... meurt de phtisie pulmonaire en 1878; sa femme, d'une santé florissante et mère de deux enfants très bien portants, procréés avant la maladie du père, se remarie dans le courant de cette même année. En 1876, elle donne le jour à un troisième enfant robuste et bien conditionné, qu'elle allaite.

Elle mit encore au monde deux autres enfants, en mars 1877 et en avril 1878. A la suite de son avant-dernière couche, cette femme commença à maigrir, sans présenter d'ailleurs d'autres symptômes. Dans le courant de l'été de 1878, le médecin constata chez elle les signes d'une infiltration des sommets; la femme se mit à tousser et à cracher modérément. C'est à cette époque qu'elle sevra son dernier enfant. La tuberculose progressa de jour en jour et au mois d'août la malade était en pleine consomption. Les deux derniers enfants étaient venus au monde robustes et bien conditionnés; ils s'étaient bien développés jusqu'au mois de juillet 1878. A partir de ce moment, en même temps que la mère devenait en proie à une expectoration abondante, les enfants commencèrent à maigrir, à tousser, quoique continuant à manger avec un appétit excellent, parfois vorace. La température corporelle s'élevait le soir à 39o et 40o. Sur la muqueuse buccale, on apercevait de petites ulcérations arrondies, à bords infiltrés, d'un jaune sale. Les deux enfants sont morts à un mois d'intervalle : le plus jeune à la fin d'août et l'autre fin septembre. Leur autopsie a démontré l'existence de lésions tuberculeuses dans les poumons, dans le foie, dans les reins et dans la rate. La mère succomba quelques mois après. Les enfants du premier lit et l'aîné des enfants du second lit sont encore aujourd'hui en bonne santé.

Pour M. Herterich, les observations de ces deux enfants tuberculeux ont la valeur d'une expérience d'inoculation tuberculeuse par la voie alimentaire. Ajoutons qu'à l'idée de l'auteur, ce n'est pas au sein maternel que ces enfants auraient puisé le germe de la maladie; l'infection aurait eu pour cause l'habitude, assez répandue dans le peuple, qu'avait la mère, de mâchonner les aliments avant de les porter avec la cuillère dans la bouche des enfants.

E. RICKLIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 septembre 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LE JEQUIRITY.

Note de MM. CORNIL ET BERLIOZ, présentée par M. GOSSELIN.

La connaissance des microbes de la décoction du jequirity, bien étudiés par M. Sattler, et leur remarquable action thérapeutique sur les trachomes de la conjonctivite, démontrée par M. de Wecker, nous ont engagés à rechercher quelle est leur action générale sur l'organisme lorsqu'ils sont absorbés.

Nous nous sommes servis, pour cela, d'un liquide préparé en faisant infuser pendant vingt-quatre heures, dans 500 grammes d'eau distillée, filtrée, bouillie, puis refroidie, 32 graines concassées de jequirity, et en versant sur cette infusion de l'eau distillée chaude. Le liquide ainsi obtenu a été renfermé dans des vases flambés, bouchés avec de la ouate. Il restait actif pendant trois semaines.

Dans une première série d'expériences, nous avons injecté de 1 cc à 2 cc de cette décoction dans le tissu cellulaire sous-cutané de cobayes et de lapins. Tous ces animaux ont succombé dans l'espace de trente-six à soixante heures, après avoir présenté un œdème de la peau, des microbes dans la cavité péritonéale, un très léger degré de péritonite, des ecchymoses de la muqueuse stomacale, et une hypertrophie très remarquable, souvent accompagnée d'infiltration sanguine, des plaques de Peyer de l'intestin. Ces tuméfactions des plaques de Peyer, qui rappellent celles de la fièvre typhoïde humaine, s'observent, comme on le sait, dans plusieurs espèces de maladies infectieuses, chez le cobaye et le lapin.

Un cobaye à qui l'on avait injecté, sous la peau du ventre, 0cc,5 de la décoction, a été atteint d'un œdème inflammatoire de la peau, puis d'un phlegmon profond et d'une gangrène superficielle sèche de la peau, étendue à presque toute la paroi abdominale. Dans la sérosité et le liquide puriforme de ce phlegmon, il y avait une grande quantité de bacilles. Les poils s'enlevaient très facilement et l'on constatait un grand nombre de spores dans la gaine interne des follicules pileux. Cet animal a guéri et présente aujourd'hui une cicatrice très étendue et glabre.

L'injection sous la peau de 2cc de notre liquide, privé de bactéries après filtration suivant le procédé de M. A. Gautier, n'a produit aucun effet pathologique.

L'injection sous-cutanée de 2 cc.,5 d'une solution du principe du jequirity cristallisé, préparé par M. Chapoteau (fabrique de MM. Rigaud et Dusard), n'a donné aucun résultat appréciable.

Les bactéries du jequirity en sont donc le seul principe actif.

Dans une autre série d'expériences, nous avons injecté, dans le péritoine et la plèvre des lapins, 0cc.,25 à 0cc.,5 ou 1cc. de notre infusion. Ces animaux sont morts dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui ont suivi l'injection. Quelques heures avant de mourir, l'animal était affaibli, ne se tenait plus debout, puis il sautait à une hauteur de 0m,10 à 0m,60 et poussait quelques gémissements avant sa mort. A l'autopsie, on trouvait toujours une inflammation intense des séreuses, qui contenaient un liquide troublé par des globules de pus et des bactéries sous forme de bâtonnets et de spores, et des filaments ou fausses membranes de fibrines libres ou accolées à leur surface. Les plaques de Peyer étaient généralement tuméfiées ainsi que les ganglions lymphatiques. Le poumon, du côté où l'injection avait été faite, présentait les lésions de la congestion et de la broncho-pneumonie.

Dans le plus grand nombre de ces autopsies, nous avons trouvé, du côté du foie, des lésions très intéressantes, causées par les bactéries. Le foie présentait des îlots visibles à sa surface sous forme de taches gris jaunâtre, offrant sur une surface de section la même couleur avec une certaine opacité. Ces îlots, de 0 m. 05 de diamètre environ, disséminés en plus ou moins grand nombre à la face inférieure ou à la face convexe de l'organe, étaient secs; le produit du raclage de leur surface de section montrait presque toujours, au microscope, des bâtonnets du jequirity.

Les coupes de ces îlots, faites après durcissement dans l'alcool, colorées au méthyl-violet B (de la fabrique de Bâle), montées dans le baume de Canada et examinées avec la lentille à immersion homogène no 10 de Vérick, montraient les particularités suivantes :

A la périphérie de certains lobules hépatiques, une branche interlobulaire de la veine-porte est parfois remplie par une coagulation de fibrine, contenant dans ses mailles une quantité de bacilles caractéristiques du jequirity. Une pareille thrombose a interrompu la circulation d'une partie d'un lobule hépatique. Dans ces mêmes îlots, un certain nombre des capillaires intralobulaires contiennent, soit des bacilles en petit nombre, avec des globules rouges et des globules blancs, soit des agglomérations de bacilles. En même temps que les bâtonnets, on trouve aussi des spores rondes.

Tout le réseau capillaire des îlots opaques est rempli par des éléments qui consistent en des leucocytes plus ou moins altérés, avec des granulations; quelques leucocytes sont encore assez bien conservés, avec leur protoplasme et leur noyau; mais la plupart sont atrophiés et leur protoplasme n'est plus visible. Leurs noyaux sont souvent fragmentés; on voit, par exemple, deux petits noyaux ou fragments de noyaux réunis par un filament et une grande quantité de granulations résultant de la destruction moléculaire des corpuscules sanguins. Presque tous ces éléments ou granules sont colorés en bleu violet; quelques granulations sont colorées,

en bleu verdâtre. Il n'y a pas de bâtonnets ni de spores bien nets.

En même temps que les capillaires sont remplis par ces débris des globules sanguins, les cellules hépatiques sont mortifiées. Tandis que les cellules normales sont fortement colorées ainsi que leurs noyaux, les travées de cellules hépatiques des îlots malades sont pâles, incolores; leurs noyaux, à peine visibles, offrent une teinte à peine bleuâtre ou sont remplacés par des vacuoles. Il existe quelquefois des granulations pigmentaires jaunes dans les cellules atrophiées et mortifiées, sans qu'il y ait de dégénérescence graisseuse. Ces travées altérées se continuent directement avec les travées de cellules normales. Les capillaires, remplis de débris d'éléments, sont quelquefois revenus sur eux-mêmes et les travées cellulaires ont subi une certaine atrophie.

Dans certains de ces îlots opaques du foie, on ne trouve pas de bactéries, ces dernières ayant été éliminées ou détruites au milieu de la mortification des éléments du sang et des tissus.

Les grenouilles auxquelles on injecte la décoction de jequirity, soit dans le sac lymphatique dorsal, soit dans le péritoine, succombent en vingt-quatre ou quarante-huit heures et présentent, dans le tissu cellulaire, dans le sang et dans le péritoine, une quantité considérable de bactéries vivantes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 septembre 1883. — Présidence de M. LARREY.

M. PROUST présente, au nom de M. le docteur Riembault (de Saint-Etienne), une note sur les *Brûlures internes par le grisou*.

M. JULES GUÉRIN présente le complément des documents sur le choléra d'Egypte qu'il a déjà eu l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie; c'est le deuxième rapport du surgeon general docteur W. Hunter adressé à lord Grandville.

— M. H. BOULEY présente, au nom de M. le docteur P. Miquel, chef du service micrographique de l'observatoire de Montsouris, un travail intitulé: *De l'asepticité des sels de cuivre*.

Le sulfate de cuivre occupe un rang très élevé parmi les composés doués du pouvoir de prévenir et de suspendre la putréfaction des substances d'origine animale. C'est avec juste raison qu'il a été préconisé par les Conseils d'hygiène pour arrêter la pullulation des bactéries Si on le compare, à cet égard, aux combinaisons sulfatées de la plupart des métaux, on le trouve presque toujours à leur tête. C'est ainsi que le sulfate de cuivre est deux à trois fois plus antiseptique que les sels de plomb, d'uranium, de thallium, de nickel, de zinc, d'aluminium, de cobalt, de manganèse, etc. Cependant, il doit céder le pas aux composés solubles du platine, de l'or, de l'argent et du mercure.

Le sulfate de cuivre possède une action antiseptique un peu supérieure à celle des acides salicylique et benzoïque; mais il est deux fois plus désinfectant que l'acide thymique, trois fois plus que l'acide phénique, cinq fois plus que les aluns, le tannin, l'acide arsénieux, enfin dix fois plus que l'hydrate de chloral et les sels de protoxyde de fer. Si, laissant les combinaisons oxygénées du cuivre, on considère l'un de ses composés haloïdes solubles, comme le chlorure cuprique, le pouvoir antiseptique de la nouvelle combinaison se trouve accru d'un tiers à un demi, et le chlorure de cuivre se montre cinq fois plus désinfectant que l'acide phénique, etc.

Quant à juger de la bonté d'un antiseptique à l'égard des bactéries par son indifférence à s'opposer au développement d'un mycélium de moisissure vulgaire, c'est méconnaître ce fait général, que toutes les substances antiputrides de nature minérale, y compris le chlore, le brome, l'iode, le mercure, l'or, le fer, le zinc, le cadmium, l'aluminium, n'étendent leur action destructive sur les mucédinées qu'à des doses cinq, dix et même vingt fois supérieures à celles qui frappent de mort les microbes adultes de l'ordre des bactéries. Le cuivre ne fait pas exception à la règle.

En terminant, j'ajouterai, pour conclure, que: répudier de la médecine, de la chirurgie et de l'hygiène, les combinaisons cupriques, c'est, à mon sens, se priver gratuitement d'auxiliaires puissants, ayant sur beaucoup d'autres composés l'avantage d'être d'un prix commercial des plus faibles et d'un maniement facile.

— M. MAREY fait une communication relative à la théorie physiologique de la locomotion, en réponse à la lecture faite dans une précédente séance par M. Giraud-Teulon.

— M. BONNAFONT fait une communication relative à quelques expériences constatant la différence de la plasticité du sang de l'homme et de celui des animaux, surtout du chien, et particulièrement à des expériences qu'il a faites en 1839 à Alger, sur le sang de l'homme comparé à celui du chien, du mouton et de l'agneau.

Ces expériences démontrent que le sang du chien surtout, puis celui du mouton, diffèrent essentiellement du sang de l'homme, et que cette différence de composition d'un élément si essentiel, qui joue un si grand rôle dans l'organisme, doit nécessairement en apporter dans toutes les fonctions de l'économie, et qu'alors l'histologie, la physiologie, et surtout la pathologie de l'homme et des animaux, ne sauraient être identiquement semblables.

— M. BÉCHAMP continue sa communication sur les microbes, les microzymas, dans leurs rapports avec le choléra et les quarantaines. (Voir le dernier numéro).

Il se résume dans les termes suivants:

« Les microzymas ou certaines catégories de microzymas sont des agents qui deviennent morbides en nous et par nous, sont aptes à conserver pour un certain temps cette morbidité et à transmettre la maladie aux sujets qui ont la réceptivité requise, c'est-à-dire dont les microzymas peuvent recevoir la même impression morbide.

« Mais le malade peut guérir et ses microzymas revenir au mode normal de leurs fonctions physiologiques, ou bien il peut mourir. S'il succombe, ces microzymas, après quelques jours, lorsque la putréfaction s'est emparée du cadavre, cessent de posséder la morbidité spécifique.

« C'est de ces considérations, qui sont fondées sur ce qu'il y a de plus intime dans la constitution histologique de l'homme, et de plus expérimentalement vrai, que doit se tirer l'affirmation de l'utilité des quarantaines. Ces établissements efficaces de préservation sont institués surtout en faveur de ceux dont la réceptivité a été exagérée par une longue durée de mauvaises conditions hygiéniques, qui ont créé en eux la misère physiologique; en les protégeant, les quarantaines protègent aussi les forts, car il y a bien des inconnues dans un si redoutable problème.

« A l'égard du choléra, il est certain que les excès, la misère combinée à l'influence des milieux, sont prépondérants. C'est pourquoi, en vertu de l'aptitude à changer de fonctions, le microzyma morbide peut devenir sain et l'on peut arriver à modifier vers le bien une mauvaise constitution par le régime et par les milieux. Oui, l'hygiène est une grande force modificatrice. Sans être utopiste, on peut bien affirmer que, si les nations voulaient consacrer à l'assainissement des pays et des villes les sommes énormes qu'elles consacrent à des guerres folles et désastreuses qui détruisent avec leurs richesses les vies de leurs plus nobles fils, elles seraient bien vite à l'abri des épidémies meurtrières. Il resterait dans les faiblesses des hommes bien assez de causes de maladies et de mort. »

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Mixture antispasmodique pour le traitement de l'hystérie.

(Pharmacopée allemande.)

Rec. Teinture d'asa fœtida	15	grammes.
Teinture de castoreum	12	—
Teinture d'extrait d'opium	4	—

M. s. a. On prescrira un ou deux grammes de ce mélange, en potion ou en lavement, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, lorsqu'on est appelé à combattre des accidents convulsifs d'une certaine intensité.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

Les indications de la médication alcaline. — Il nous a paru intéressant, à une époque de l'année où le médecin est si souvent consulté sur l'opportunité de telle ou telle médication thermale, de rappeler les principales indications qui peuvent l'aider à se faire une opinion au milieu des avis contradictoires journellement émis à ce sujet.

C'est surtout de la médication alcaline, de beaucoup la plus employée par les médecins et la mieux appréciée par les malades, que nous voulons entretenir nos lecteurs.

Les hydrologistes s'accordent avec Durand-Fardel à diviser les eaux alcalines en deux grandes classes : les bicarbonatées sodiques et les bicarbonatées calcaires. Dans la première classe : Vichy, Vals, etc. Dans la deuxième : Alet, Condillac, Pougues, etc.

On serait tenté de supposer *a priori* qu'une eau, n'ayant pas les mêmes inconvénients que Vichy, ne doit pas avoir, au même degré, les mêmes vertus; or l'expérience clinique démontre que non seulement on guérit à Pougues comme à Vichy des mêmes affections diathésiques, mais que Pougues triomphe plus aisément d'un groupe spécial d'affections, telles que les dyspepsies et es gastralgies (Durand-Fardel) et rend surtout de grands services dans le traitement de l'ulcère simple de l'estomac, ainsi que l'a très bien démontré l'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu, M. le docteur Gallard.

Ce sont là des applications assez précises pour qu'il ne soit pas nécessaire d'exagérer les propriétés de cette eau comme l'avait fait Mialhe, qui allait jusqu'à préconiser son emploi contre la scrofule, parce qu'elle contient des traces d'iode.

La sphère des indications thérapeutiques de Pougues est, du reste, assez étendue pour qu'il soit inutile d'aller au delà. Ainsi la gravelle, que nombre de praticiens considèrent comme spécialement tributaire de Contrexéville, résiste beaucoup moins à l'action des eaux de Pougues, qui produisent en effet dans ce cas une modification de longue durée.

Sans être aussi affirmatif que Rotureau, qui prétend que cette modification est permanente, Gubler, Durand Fardel reconnaissent avec lui que l'action est énergique. On boit à Pougues cinq à six verres au plus en deux fois, tandis qu'à Contrexéville on n'arrive à expulser les graviers qu'en ingérant une grande quantité d'eau, qui est éliminée sans modifier autrement la muqueuse de l'appareil urinaire que par un simple *lavage*.

C'est surtout dans l'immortel ouvrage de Trousseau que les indications de Pougues ont été nettement formulées. (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.*)

Partout les eaux de Vichy et de Pougues y sont placées au même rang dans le traitement soit du diabète (t. II, p. 697), soit des vertiges stomacaux (t. III, p 17), soit de la cachexie palustre (t. III, p. 57), soit des coliques hépatiques (t. III, p. 237). La même opinion a été récemment exprimée par le professeur Hardy.

Dans le traitement de la gravelle, de la dyspepsie, Pougues y est recommandé tout spécialement (t. III, p. 48 et 58).

Enfin, comme eau ferrugineuse, il y est dit, à la page 504, que l'eau de Pougues, avec ses quelques centigrammes de sels ferrugineux, guérit plus vite une chlorose que la limaille de fer, l'éthiops martial, etc.

Trousseau de son temps, se plaignait de voir dans les pharmacies un luxe de préparations ferrugineuses qui n'était pas étranger aux spéculations commerciales; que dirait-il aujourd'hui que les spécialités pharmaceutiques de tout genre se sont multipliées à l'infini?

Et pour revenir à notre sujet, il nous semble que, pour atténuer les effets qu'amène fréquemment l'abus des eaux minérales alcalines, il y a lieu de préférer Pougues à Vichy dans toutes les maladies où ces deux eaux sont simultanément indiquées?

Pougues paraît, en effet, combattre plus de symptômes, s'adresser à plus d'affections morbides, et offrir beaucoup moins de contre-indications.

Ainsi, dans les maladies des femmes, Desnos, médecin de l'hôpital de la Pitié, a signalé dans ces termes leurs effets thérapeutiques.

« Les troubles de la digestion sont un accompagnement fréquent « des maladies de matrice dans lesquelles leur prédominance « symptomatique commande l'usage des eaux qui sont en possession du traitement de la dyspepsie, d'autant mieux que ces eaux, « lorsqu'elles sont convenablement choisies, sont par elles-mêmes « propres à effectuer la résolution de l'inflammation utérine. — « C'est ainsi que, dans la classe des bicarbonatées alcalines, on « *considérera les eaux de Pougues.* »

Les indications générales de la médication alcaline peuvent, du reste, être nettement formulées dans les conclusions suivantes:

1o Chez les femmes toutes prédisposées à l'anémie ou frappées par elle, comme chez tous les individus cachectiques, si la médication est reconnue nécessaire, l'eau de Pougues sera préférée;

2o Chez tous les malades, quels qu'ils soient, quand la médication par les alcalins doit être poursuivie longtemps, c'est à l'eau de Pougues qu'on s'adressera avec le plus de sécurité.

BIBLIOGRAPHIE

Étude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée, ou mieux maladie d'Erasmus Wilson, par le docteur L. Brocq, in-8 de 230 pages. — Paris, O. Doin, 1882.

Sous ce titre, M. L. Brocq a cherché, à la suite de MM. Percheron, Quinquaud, Vidal, etc., à faire le jour sur un groupe d'affections par trop mal définies et dans lequel venaient se confondre, à côté des herpétides exfoliatrices malignes de Bazin, la dermatite exfoliatrice généralisée du docteur Percheron, la dermatite exfoliatrice périodique de Bulkley, l'érythème desquamatif scarlatiniforme de Féréol, l'eczéma aigu périodique de Tagge, le pityriasis rubra, le pityriasis pilaris, etc., etc.

De cette sorte de chaos, M. le docteur Brocq a su dégager assez nettement, nous semble-t-il, une individualité pathologique qu'il propose, afin d'écarter toute équivoque, d'appeler, au moins provisoirement, *maladie d'Erasmus Wilson.*

Cette affection ainsi limitée serait caractérisée pour le docteur Brocq par l'apparition de plaques rouges, souvent prurigineuses, qui s'étendent et se généralisent en l'espace d'une semaine environ; puis arrive la desquamation.

A la période d'état, l'éruption est sèche, sauf dans quelques cas où il y a un peu de suintement vers les plis articulaires. La rougeur est intense, érysipélateuse, et s'accompagne bientôt d'une desquamation incessante de l'épiderme en lamelles

blanches, nacrées, transparentes, qui ne sont adhérentes que par leur bord supérieur, imbriquées, de plusieurs centimètres de long sur un ou deux centimètres de haut. Vers la fin du premier mois surviennent l'alopécie, qui peut intéresser tous les poils du corps, et une altération spéciale des ongles, entraînant parfois leur chute totale.

Les muqueuses sont quelquefois intéressées : on a noté des conjonctivites, des ulcérations, souvent accompagnées de concrétions pseudo-membraneuses sur la muqueuse bucco-pharyngienne, des vomissements, des diarrhées rebelles. « Dans les premières périodes, les malades éprouvent des démangeaisons, mais surtout de vives cuissons, parfois une sensation de tension et d'étroitesse de la peau. Ils perdent leurs forces, maigrissent, sont obligés de garder le lit, ont d'abord de la diarrhée, puis de la constipation, quelquefois un peu de bronchite, de l'endocardite, de l'engorgement indolent des ganglions lymphatiques.

A partir du premier mois, ils peuvent avoir des abcès intra-dermiques, ou même sous-cutanés, des anthrax, des eschares aux points saillants qui reposent sur le lit, des hydarthroses et des douleurs articulaires, de la surdité, de l'affaiblissement intellectuel très prononcé ; plus tard des iritis, et, vers la fin de la maladie, des troubles nerveux, des amauroses passagères, des paralysies partielles avec abolition de la contractilité faradique, des paraplégies et des hémiparaplégies incomplètes.

« La fièvre est constante, à maximum vespéral fort net. Elle atteint souvent 40°. Elle présente de grandes ondulations de plusieurs jours tenant aux poussées nouvelles et aux complications. »

La guérison, dans les cas les plus favorables, arrive en trois ou quatre mois. Elle peut être retardée jusqu'à huit mois ou un an par des complications, par des poussées successives, par une réparation tardive des ongles, enfin par des rechutes complètes.

Des taches pigmentaires brunes persistent après la fin de l'éruption. La maladie peut récidiver plusieurs fois et même se terminer par la mort précédée de l'aggravation de tous les symptômes ou d'une complication.

La maladie d'Erasmus Wilson éclate le plus souvent chez des individus sains, n'ayant jamais eu de maladies de peau ; mais elle peut aussi survenir pendant le cours d'une affection cutanée. C'est une maladie rare, des climats tempérés, de la saison chaude et de l'adulte. Le sexe masculin, certaines irritations et la sécheresse habituelle de la peau, des excès alcooliques, des antécédents arthritiques, semblent être des causes prédisposantes.

Au point de vue anatomique, on constate la disparition du stratum granulosum, l'aplatissement des cellules polyédriques, l'existence d'un noyau dans les cellules des lamelles en desquamation et enfin l'infiltration de toute la partie du derme qui dépend du réseau vasculaire superficiel.

Par son évolution franche, par la chute des phanères (poils et ongles), par les phénomènes généraux et par l'aspect de l'éruption, elle diffère du pityriasis vrai (type Vidal) et du pityriasis rubra ; par sa durée, elle diffère des érythèmes scarlatiniformes récidivants et du pityriasis rubra de Hebra.

Il est encore difficile d'en déterminer la nature. On doit la traiter à l'extérieur par le linament oléo-calcaire et l'enveloppement ouaté, à l'intérieur par le lait et les toniques.

Tels sont les traits principaux qui, d'après l'excellent travail de M. L. Brocq, assignent une physionomie spéciale à la maladie d'Erasmus Wilson. En laissant de côté trois faits discutables, onze observations détaillées dont quatre inédites servent de pièces justificatives à cette intéressante monographie.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel pratique de laryngoscopie et de laryngologie, par le docteur G. Poyet, 1 vol. in-18 cartonné, de 383 pages, avec 35 figures dans le texte et 24 dessinées en couleur hors texte. — Paris, O. Doin, 1883.

Voici, dans un petit volume et sous une forme on ne peut plus coquette, un très bon manuel de laryngologie.

Le chapitre consacré à l'historique de la laryngoscopie est forcément bien court, car les premières tentatives du chanteur Garcia ne remontent qu'à l'année 1854, et les mémoires de Türck et de Czermak n'ont paru qu'en 1857. Mais, depuis, quel chemin parcouru ! Quel véritable arsenal les spécialistes des maladies du larynx n'ont-ils pas réussi à créer en si peu de temps ! Les divers appareils d'éclairage, les variétés de miroirs, les multiples instruments opératoires, les nombreux objets de pansement, tout cela est décrit et de plus représenté aux yeux par la gravure dans le livre de M. Poyet.

Après vient la pathologie : les inflammations aiguës et chroniques, la phthisie et la syphilis, le cancer et la scrofule du larynx, puis les œdèmes, les paralysies, les anesthésies et les hyperesthésies, les divers polypes (papillômes, adénômes, fibrômes, myxômes, angiômes), les kystes, les plaies, les fractures, les corps étrangers du larynx, forment autant de chapitres très clairement traités. Si j'ajoute que dans quatre planches chromolithographiques on voit reproduites bien nettement les diverses lésions que je viens d'énumérer, j'aurai, je crois, suffisamment démontré l'utilité et les avantages pratiques de l'ouvrage de M. G. Poyet.

Dr Albertus.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1882-1883.

356. M. Ronsin. Variations de l'urée, des chlorures et des phosphates dans la tuberculose. — 357. M. Ruault. Recherches sur le pouls capillaire visible. — 358. M. Cadiz. Contribution à l'étude du traitement de la rupture de l'utérus pendant et après le travail de l'accouchement. — 359. M. Mortreuil. Contribution à l'étude des pseudo-étranglements de l'intestin. Iléus traumatique. — 360. M. Lagarrigue. Contribution à l'étude de l'influence du moral sur le physique. — 361. M. Saissinel. De quelques accidents de l'emploi de la morphine. — 362. M. Filhond-Lavergne. Étude sur le convallaria maïalis aux points de vue physiologique et thérapeutique. — 363. M. Fayseler. Étude sur l'angine sèche. — 364. M. Milan Vassitch. Étude sur les chorées des adultes. — 365. M. Tousyn. Quelques considérations sur la pathogénie des troupes d'infanterie de marine en Nouvelle-Calédonie. — 366. M. Édouard Chanut. Contribution à l'étude du souffle amphorique et caverneux dans la pleurésie. — 367. Mme Héring. Contribution à l'étude de la lithiase biliaire. — 368. M. Triboulet. Contribution à l'étude de la périencéphalite diffuse et de son traitement. — 369. M. Raddon. Contribution à l'étude des troubles cérébraux consécutifs à la dothiénentérie. — 370. M. du Périer. Contribution au diagnostic des ulcérations de la langue. — 371. M. Sombret. De l'emploi du naphtol dans quelques affections cutanées. — 372. M. Gendron. Étude sur la pyléphlébite suppurative. — 373. M. Monnereau. Recherches expérimentales sur l'intoxication saturnine par la surface cutanée. — 374. M. Hamon. De la paralysie pseudo-hypertrophi-

que. — 375. M. Ertand. De la malaxation de l'œil après la sclérotomie dans le glaucome. — 376. M. Sauvage-Allain. De l'extraction de la cataracte sénile. Méthode à lambeau périphérique sans iridectomie. — 377. M. Fontagny. De la forme méningitique de la fièvre typhoïde chez les enfants. — 378. M. Dubousquet-Labordère. Considérations à l'appui d'une des variétés étiologiques de l'hématocèle utérine. — 379. M. Couzon. Contribution à l'étude de la kératite interstitielle dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise. — 380. M. Maux. Contribution à l'étude des complications pulmonaires de l'albuminurie. — 381. M. Philip. Contribution à l'étude du béribéri chez les Annamites. — 382. M. Olive. De quelques considérations sur les causes de la mortalité des nourrissons. — 383. M. Vandame. L'occlusion intestinale. — 384. M. Rattel. De la médecine chez les encyclopédistes. — 385. M. Sauve. Contribution à l'étude de l'action du chloroforme. — 386. M. Buot. Du pseudo-rhumatisme typhique. — 387. M. Séguin. Contribution à l'étude de l'albuminurie transitoire des saturnins. — 388. M. Godot. Érysipèle menstruel. — 389. M. Berthaut. Étude sur l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires. — 390. M. Bodinier. Étude sur l'enkystement des tumeurs bénignes. — 391. M. Lemoine. De la rachialgie.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 14 AU JEUDI 20 SEPTEMBRE 1883.

Fièvre typhoïde 35. — Variole 5. — Rougeole 16. — Scarlatine 0. — Coqueluche 22. — Diphtérie, croup 22. — Dysentérie 0. — Erysipèle 10. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 44. — Phthisie pulmonaire 179. — Autres tuberculoses 12. — Autres affections générales 62. — Malformation et débilité des âges extrêmes 44. — Bronchite aiguë 16. — Pneumonie 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 65, — au sein et mixte 45. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 72. — de l'appareil circulatoire 63. — de l'appareil respiratoire 51. — de l'appareil digestif 55. — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 3. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 32. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 942 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DES ARTHROPHYTES, DE LEUR TRAITEMENT PAR L'ARTHROTOMIE ANTISEPTIQUE, par Édouard Fibich. Un volume in-8 de 133 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

ETUDE PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA CAFÉINE, par E. Leblond. Un volume in-8 de 180 pages, avec 27 figures et 3 planches. — Prix : 4 fr. — Paris, à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SCLÉROSE, par J.-B. Duplaix. Un volume in-8 de 100 pages, avec 3 planches contenant 6 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DES NÉPHRITES, par U. Germont. Un volume in-8 de 75 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE ;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN ;**
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 4 octobre 1883.

Académie de médecine : TRIBUT DE SYMPATHIE A M. ROCHARD. CONTAGION DE LA PHTHISIE.

An début de la séance, M. le président croit être l'interprète des sentiments de l'Académie en priant M. Legouest de lui donner des nouvelles de M. Rochard, victime d'un lâche attentat dans les circonstances tragiques que l'on connaît.

Les paroles pleines d'espoir exprimées par M. Legouest, sur l'état du sympathique académicien, sont accueillies par les applaudissements de l'assemblée, qui trouveront certainement un écho parmi tous nos lecteurs.

M. Daremberg, membre correspondant, a fait un excellent début à la tribune de l'Académie sur la contagion de la phthisie.

Il s'est déclaré le champion de la doctrine parasitaire. Après avoir rappelé que la lésion histologique n'est rien, l'auteur montre que le bacille n'est pas susceptible de pulluler partout. Il lui faut un milieu spécial, ce qui, d'une part explique, la résistance de certains organismes et, d'autre part, donne la clef des tuberculoses locales dans les lieux de moindre résistance.

En résumé, dit l'auteur, ce n'est pas le microbe qu'il faut tuer, mais l'organisme qu'il est nécessaire de modifier.

M. Blache lit ensuite un travail intéressant qui tend à démontrer que les pustules de vaccine et les cicatrices qui leur succèdent, n'ont pas une valeur absolue au point de vue de l'immunité vaccinale.

P.

Revue de l'étranger : CINQUANTE-SIXIÈME RÉUNION DES NATURALISTES ET DES MÉDECINS ALLEMANDS A FRIBOURG. — RECHERCHES COLLECTIVES POUR L'ÉTUDE DES MALADIES, ORGANISÉES EN ALLEMAGNE PAR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN.

L'Association des naturalistes et des médecins allemands, qui, au point de vue de son but et de son organisation, peut être comparée à notre Association française pour l'avancement des sciences, a tenu sa cinquante-sixième réunion annuelle à Fribourg-en-Brisgau du 18 au 23 septembre dernier. Plus de 700 membres avaient répondu à l'appel du comité. Nous rendrons compte, dans un prochain numéro, des travaux de la section de médecine qui avait inscrit à son ordre du jour nombre de questions intéressantes, dont deux surtout, l'atrophie musculaire progressive et le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salicylate de soude, ont soulevé de vifs débats. Dans une des séances générales, le professeur Lie-

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ANCIENNE MÉDECINE

I. A. GERMAIN. Deux lettres inédites de Henri IV, concernant l'Ecole de médecine de Montpellier. — II. Le même : L'apothicairerie à Montpellier sous l'ancien régime universitaire ; étude historique d'après les documents originaux. Montpellier, 1882, in-4. — III. COPPI (Ettore) : Le Università italiane nel medio evo. Florence, 1880, in-8. — IV. DELAUNOY (Ad) : Notice historique des divers hospices de la ville de Tournai. Paris, Tournai, 1880, in-8. — V. BRAQUEHAY fils : Histoire des établissements hospitaliers de la ville et de la banlieue de Montreuil-sur-Mer. Amiens, 1882, in-8. — VI. E. TURNER L'étymologie du mot syphilis. Paris, 1883, in-8.

Suite. — Voir les numéros 30 et 34.

V. — Je commence par la fin et j'adresse de sincères remerciements à M. A. Braquehay pour son livre. *L'Histoire des établissements hospitaliers de Montreuil-sur-Mer* est un excellent travail, auquel j'aurai l'occasion de faire plus d'un emprunt. Sa monographie de l'Hôtel-Dieu de Montreuil-sur-Mer est une œuvre d'érudition, appuyée de chartes, de textes anciens ; elle nous fait revivre au milieu des mœurs et, disons-le, des disputes médicales du temps passé. L'Hôtel-Dieu a bien des prétentions et suscite bien des jalousies ; il faut lire les querelles relatives à son organisation, les luttes des religieux et des religieuses avec les évêques.

Au début, l'Hôtel-Dieu est desservi par un personnel religieux et laïque qui vit en bonne intelligence : tout est bien prévu et réglé. Hommes et femmes ont des demeures particulières et tous doivent dormir avec leurs chemises. L'usage de ce vêtement était en ce temps-là, au moyen âge, exceptionnel, et une miniature conservée dans l'établissement représente des sœurs soignant un malade, nu, couché dans son lit. Frères et sœurs ne peuvent entrer dans la demeure d'un collègue qui n'est pas du même sexe, sans être accompagnés par une personne désignée par le maître ou gouverneur de l'hôpital qui tantôt était religieux et tantôt laïque. D'autres fois, ce rôle de gouverneur échut à des femmes.

Malgré des dons et subsides généreusement testés en faveur de l'hôpital, les guerres continuelles et la misère qui en est toujours

bermeister, de Tubingue, bien connu en France pour ses belles recherches de calorimétrie et ses travaux sur la fièvre, a parlé des tendances nouvelles de la thérapeutique, autrement dit de la voie que tracent à l'art de guérir les conquêtes récentes de la science sur le terrain de l'étiologie Nons donnerons également une analyse de cette très intéressante lecture. Dès aujourd'hui, nous tenons à constater que M. Liebermeister, à propos des mesures de prophylaxie à opposer aux maladies infectieuses, s'est montré partisan des quarantaines, en même temps qu'il a traité en termes sévères l'égoïsme des Anglais n'hésitant pas à exposer l'Europe au plus grand péril pour sauvegarder les intérêts de leur commerce. Enfin, en parlant de la prophylaxie individuelle et de l'immunité conférée au moyen des inoculations vaccinales, M. Liebermeister a rendu justice aux travaux de M. Pasteur, marque d'impartialité à laquelle nous ne saurions rester insensibles par le temps qui court, et qui cependant n'a rien que de très naturel chez un homme dont le caractère est à la hauteur du talent.

Au commencement de cette année, un des principaux organes de la presse médicale en Allemagne (1), rédigé par M. P. Börner, avait pris l'initiative d'un système de recherches collectives à organiser dans les pays de langue allemande, en vue de recueillir et de centraliser des documents et des renseignements d'une valeur scientifique sur tout ce qui concerne les grandes questions de pathologie, et en particulier l'étiologie des maladies infectieuses. Grâce à l'intervention de la Société de médecine interne de Berlin, ce projet est depuis peu en pleine voie de réalisation. Une circulaire adressée à tous les praticiens allemands, et dans laquelle étaient exposés le but et le programme de l'Association nouvelle, calquée sur la *Britisch medical Association*, a recueilli de nombreuses adhésions. Aujourd'hui l'œuvre fonctionne; le comité a circonscrit le champ des premières recherches à l'étiologie de la phthisie pulmonaire, et elle a adressé aux adhérents un questionnaire détaillé qui facilite les efforts individuels et leur donne une impulsion commune. Nous aurons sans doute à entretenir nos lecteurs des résultats fournis par cette enquête collective, dont l'utilité ne saurait être mise en doute.

E. R.

(1) Deut. med. Wochenschrift.

PHYSIOLOGIE

Sur un cas de menstruation précoce, par M. le Dr Cabadé.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

La jeune Marie B... est née le 6 août 1878. Sa mère, âgée de trente-huit ans, est blonde, fortement charpentée, d'une santé parfaite. Chez elle, les règles ont apparu aux environs de la quatorzième année, et cela sans difficulté. Cette femme a quatre sœurs qui, de même que leur mère, n'ont été réglées que vers l'âge de quatorze ou quinze ans, sans que l'établissement de cette fonction ait présenté chez elles rien d'insolite. Le père de la jeune Marie B... est âgé de quarante-quatre ans; il n'a jamais été malade; une sœur et sa mère n'ont absolument rien présenté d'anormal de ce côté-là. Une première fille est née de ce mariage; cette enfant, sœur aînée de la jeune Marie B..., est actuellement âgée de treize ans; elle est robuste et n'a pas eu le moindre signe pouvant faire présumer une apparition hâtive des menstrues. La jeune Marie B... est née parfaitement à terme et dans des conditions de santé parfaites. L'évolution de ses dents s'est effectuée de la façon la plus normale, soit comme époque à laquelle l'éruption s'est accomplie, soit comme ordre des poussées successives.

Dans le courant du mois de mai 1879, l'enfant, ayant neuf mois révolus, fut emmenée par sa mère qui avait à faire ce jour là une course assez longue. Pendant tout le temps que dura cette sortie, l'enfant eut froid; la température était en effet assez basse; elle rentra avec sa mère, fut peu ou point réchauffée et s'endormit paisiblement. Dans la nuit qui suivit cette promenade, l'enfant fut en proie à une fièvre violente; elle eut quelques vomissements, puis des sueurs abondantes. Le lendemain, la fièvre continua et l'enfant témoignait de la douleur chaque fois qu'on voulait la changer de position. L'appétit fut nul, la langue blanche avec un peu de rougeur à la pointe. Les membres étaient douloureux, surtout au niveau des jointures. Le médecin qui fut appelé à voir l'enfant diagnostiqua une affection rhumatoïde. Cependant ces phénomènes persistèrent pendant une semaine environ, sans que les évacuants et les frictions calmantes aient paru abréger la longueur du mal ou soulagé la petite malade.

Pendant la nuit du huitième ou du neuvième jour, la mère fut frappée du repos parfait que semblait goûter sa fille; elle reposait tranquille dans son herceau sans la moindre fièvre, mais elle était un peu pâle. L'enfant ne s'éveilla qu'assez avant dans la matinée, et quand sa mère voulut écarter ses langes, elle les trouva maculés de larges taches de sang. Dans la pensée que cette hémorrhagie

---

la conséquence, l'appauvrirent plus d une fois. L'un des gouverneurs, Guillaume Poullain, en 1463, entreprit de rétablir les archives afin de bien connaitre les droits de l'établissement. Poullain, qui était maître ès arts de l'université de Paris, avait toutes les qualités d'un bon archiviste. Il classe les titres par nature, les divise par botles ou liasses de douze chacune; quatre liasses forment une laye ou sérle. Ces séries sont désignées par les lettres de l'alphabet, à l'exception du C qui peut être confondu avec le signe cent. Une désignation est indiquée sur l enveloppe; chaque pièce est analysée au verso et porte une lettre semblable à celle de l'inventaire. Un *contoir de plâtre* les met à l abri du feu, sage mesure qui a permis, dit M. Braquehay, de les conserver jusqu'à nos jours.

Guillaume Poullain rédigea des *cueilloirs*, sorte de commentaires où sont passés en revue, au fur et à mesure, les actes de son administration. Les premières lignes de ces précieux registres sont toujours consacrées aux bienfaiteurs de l'hospice. Le zèle de Guillaume Poullain porta ses fruits. Pas un riche bourgeois ne voulut mourir sans faire un don à l'Hôtel-Dieu, dont les ressources s'augmentaient encore, des biens de ceux qui étaient décédés sans laisser de testament. Ce n'est pas que des tracasseries locales ne vinssent plus d'une fois contrarier le gouverneur. Exemple : l'Hôtel-Dieu n'avait puint de cimetière et se servait de celui de Saint-Waloy. Curés et échevinage voulurent qu'on portât désormais les morts chacun dans sa paroisse respective, et, au milieu des pourparlers, les corps des décédés demeurérent parfois sur le sol, sans que personne osât faire la fosse, jusqu'à décision de la justice. Poullain prit le parti d'acheter un terrain et de le faire bénir par un évêque en l'absence de tous les curés partis pour un synode, et même tout fut bénit, depuis la chapelle jusqu'à la cuisine, cela en réponse à nosdits curés, dit Poullain, « qui m'avouient joué d'un fin tour, mais, « Dieu merci! les regnars furent pris, car elle (la chapelle) estoit « ia beneiste et est demourée beneiste. En bonne foy, ajoute-t-il, « il a cousté chent francs à l'ostel, mais Dieu soit loé ».

Un peu plus loin, il s'agit d'un droit d'aunage. L'Hôtel-Dieu faisait vendre au marché public une pièce de toile à lui appartenant. Un officier du maire veut la faire auner par l'aulneur juré et aux frais de l'Hôtel-Dieu. Maître Poullain proteste. Il déclare qu'il ne paiera rien, n'ayant pas chargé de ce soin l'aulneur en question; qu'il va en référer à Paris. Le maire convoque le conseil de la ville et,

provenait d'une blessure légère, elle examina avec le plus grand soin le corps et les membres, sans y découvrir la moindre égratignure. Un examen plus attentif lui démontra que le sang s'échappait de la vulve et coulait encore en petite quantité. Cet écoulement continua ainsi pendant deux jours; au bout de ce temps, il se suspendit spontanément. A partir du moment où se montra l'hémorrhagie, la guérison de l'enfant fut absolue. La mère et le médecin n'attachèrent pas la moindre importance à cette perte qui avait si brusquement jugé la maladie; du reste, la santé était parfaite et l'enfant avait absolument repris ses habitudes et son aspect normal.

Trente jours après, sans que l'enfant ait été le moins du monde indisposée, un nouvel écoulement sanguin s'établit et dura deux jours. Le troisième mois, l'hémorrhagie eut lieu à l'époque correspondant à peu près à vingt-huit ou trente jours. Les pertes de sang revinrent ainsi chaque mois avec une régularité surprenante. Après la dixième hémorrhagie, les grandes lèvres et le mont de Vénus se recouvrirent de poils très courts, très noirs et très frisés; ils étaient très abondants et, sauf les dimensions, donnaient absolument aux parties génitales l'aspect de celles d'une femme adulte. Il n'y avait pas de poils sous les aisselles, mais en revanche une intumescence notable de la région mammaire.

Cette enfant a continué à être ainsi réglée jusqu'au moment où j'écris ces lignes, sans que son écoulement sanguin ait manqué un seul mois. Cependant les poils sont tombés un an environ après leur apparition et actuellement il n'en reste plus vestige; ses organes génitaux ont repris l'aspect qu'ils ont sur tous les enfants de son âge. La mère m'a assuré que plusieurs fois il était arrivé que l'hémorrhagie ait été en retard de quelques jours, deux ou trois au maximum et alors pendant ce laps de temps, l'enfant n'était pas bien portante, se plaignant de maux de tête, et éprouvant une sorte de lassitude générale, pleurant sans motifs et présentant quelques bizarreries dans son caractère; puis dès les premières gouttes de sang, l'état redevenait promptement normal.

C'est dans les premiers jours de 1880 que j'ai vu cette enfant pour la première fois, elle avait environ dix-huit mois, était très blonde et d'un développement moyen. J'ai été frappé de l'expression de ses yeux qui n'ont rien d'enfantine, de son attitude et de l'ensemble de sa physionomie. Je l'ai examinée pendant l'intervalle de ses indispositions menstruelles et pendant que celles ci avaient lieu. Le corps de cette enfant, sauf la réserve faite pour sa physionomie qui est celle d'une petite femme, ne présente rien d'anormal, il est semblable de tous points à celui des enfants de cet âge. Le bassin paraît cependant avoir un peu plus d'amplitude qu'il ne conviendrait. Cependant la palpation d'hypogastre ne donne aucune sensation pouvant faire supposer un développement anormal de la matrice. Les organes génitaux externes étaient dépourvus de poils lors de ma première visite, ils présentent un peu de flaccidité, les grandes lèvres ont un développement considérable, le clitoris est normal, la membrane hymen paraît avoir une assez grande résistance, entre son bord supérieur et la paroi vaginale elle laisse un pertuis, qui n'admettrait pas l'extrémité du petit doigt. Je n'ai pas cru devoir l'inciser pour m'assurer de l'état des organes profonds; du reste la famille s'y serait absolument opposée. Quand les poils ont apparu, leur venue n'a en rien modifié les proportions des organes, ces poils ont eu cela de particulier qu'ils n'étaient pas solidement implantés dans le bulbe pileux, il suffisait d'une traction modérée pour les arracher, après leur chute on voyait à peine un vestige de beauce à l'endroit qu'ils occupaient. La contenture de ces poils était normale sauf leur finesse.

Ni pendant les règles, ni pendant les quelques jours qui les précèdent, l'enfant n'a accusé la moindre sensibilité dans la région ovarienne. Je n'ai jamais remarqué sur elle la moindre intumescence de ces organes.

IV

L'observation de cette petite fille me paraît intéressante, indépendamment de l'âge tout exceptionnel où se sont établies les règles, j'ai été frappé de la régularité absolue qu'elles ont présenté d'emblée. La manière dont s'est établie la première hémorrhagie cataméniale, l'apparition des poils et le gonflement des seins, phénomènes qui n'ont eu qu'une durée relativement courte; le retour à l'état normal et la disparition de ces signes, d'un développement précoce, enfin l'aspect général de cette enfant m'ont paru constituer un ensemble assez remarquable, mon intention était d'observer encore pendant quelques années, de voir si la régularité des règles ne se démentait pas et si rien d'anormal ne se manifestait chez elle. Mais, les parents de cette petite fille devant changer de résidence et devant aller loin d'ici exercer leur professinn, j'ai pensé que je ne reverrais probablement jamais cette enfant et qu'il ne serait peut-être pas inutile de communiquer son observation.

V

Les divers auteurs qui ont rapporté des cas pareils ou analogues de manifestations cataméniales à un âge aussi peu avancé, ont été, comme je l'ai été moi-même, dans l'impossibilité de se livrer à des recherches sur le sang rendu ainsi par les petites filles qui font le sujet de leurs observations. Il serait

---

après examen du dossier, renvoie la pièce de toile confisquée.....

Maitre Poullain ne néglige pas pour cela d'améliorer l'hôpital; il fait construire une chambre avec cheminée et trois ou quatre lits pour placer les femmes malades jusqu'alors couchées en une salle commune avec les autres passants et malades, et toute sa vie est consacrée à l'amélioration de l'établissement hospitalier dont il a la garde.

L'on trouve dans ces cueilloirs, sommiers, registres, commentaires, étudiés à fond par M. Braquehay, bien d'autres surprises. Il y a là des miniatures, des enluminures, qui attestent le goût d'artistes intelligents et distingués.

M. Braquehay a esquissé de même l'histoire de ses successeurs. Il nous initie de plus aux coutumes du temps. C'est ainsi que jusqu'en 1848 ou 1850 l'usage d'annoncer les décès était demeuré à Montreuil. Le cloqueman ou annonceur chargé de ce soin se promenait par les rues. Il était revêtu d'un long tabar noir ou blanc selon que le défunt était ou non marié et porteur de deux fortes sonnettes, répétait au coin des rues, sur un ton lent et lugubre ces paroles : j'annonce le décès de M. X..., son enterrement aura lieu le ... Priez Dieu pour le repos de son âme.

L'auteur nous rappelle encore quelques détails intéressants sur la communauté des chirurgiens, barbiers et perruquiers de Montreuil, qui portait : « d'azur au chef d'argent, chargé d'une merlette de gueules »; il nous initie aux disputes de ceux-ci avec les médecins, aussi vives là qu'à Paris.

Puis vient la période révolutionnaire, et l'on assiste encore à la destruction des archives et bibliothèques placées sur un bûcher auquel un prêtre constitutionnel et une religieuse de l'Hôtel-Dien attachés ensemble sont contraints de mettre le feu. C'est bien la même municipalité qui, sans doute devinant que Montreuil-sur-Mer dérive de *Monasteriolum*, origine superstitieuse, change le nom de la ville en Montagne-sur-Mer!

Malgré de fort belles phrases, les hôpitaux manquaient absolument de ressources. Des arrêtés se succédant dans le même esprit désorganisateur suppriment les recettes sans diminuer les dépenses, et il fallut que la loi du 16 vendémiaire an V vînt mettre un peu d'ordre dans leur administration, tant il est vrai que la politique et la bienfaisance sont deux branches de sociologie absolument distinctes.

cependant curieux de savoir si dès cet âge le sang menstruel présente la même composition chimique (1) que celle qui lui est propre à un âge plus avancé.

J'avoue qu'il m'a été impossible de me procurer assez de sang pour le faire analyser; tontefois j'ai eu entre les mains des fragments de linge fraîchement maculés, et j'ai pu constater d'abord que ce sang n'avait pas l'odeur fade, nauséeuse, *sui generis*, que présente le sang menstruel des adultes; son odeur était analogue à celle de la chair du poulet cru; cependant son aspect sur le linge n'était pas le même que celui du sang que l'on obtiendrait d'un vaisseau ouvert, il était notablement plus foncé que celui-ci. J'ai pu en examiner quelques gouttes au microscope et encore avec beaucoup de peine, car je n'ai jamais pu me procurer que des morceaux de linge plus ou moins tachés. J'ai trouvé, au milieu d'une sérosité très abondante, d'abord une quantité très considérable de globules rouges, quelques leucocytes, et de loin en loin quelques rares cellules d'épithélium pavimenteux. Je n'ai jamais pu trouver d'épithélium nucléaire ou cylindrique, cela tient très probablement au nombre très restreint de préparations que j'ai pu faire, car il me paraît impossible d'admettre que les vaisseaux de la muqueuse utérine ne participent pas à cette hémorrhagie.

Il serait aussi très intéressant de rechercher dans ces cas de menstruation précoce si le phénomène signalé par Andral et Gavarret (1) se manifeste; on sait, en effet, que ces deux auteurs ont démontré : que la quantité de carbone exhalé par les filles allait en augmentant, jusqu'à l'établissement chez elles du flux cataménial, puis restait stationnaire pendant tout le temps que la femme était réglée; qu'après la ménopause, l'exhalation reprenait pour quelque temps une marche ascendante, pour suivre peu après la marche décroissante, qui est la caractéristique des vieillards. Il serait en effet très intéressant de savoir si ces enfants si prématurément réglées présentent une différence notable dans l'exhalation du carbone avec les enfants du même âge chez lesquelles les fonctions de l'ovaire restent normales.

Il est aussi une expérience que certainement on ne saurait désirer voir se produire, car elle serait à coup sûr une cause de mort pour la jeune enfant qui en serait victime. Mais, en entrant dans le monde des hypothèses et des probabilités, il est bien permis de se demander si une telle précocité de la fonction ovarienne a pour corollaire une précocité parallèle de tout le système génital, si la menstruation, quand elle est précoce, a aussi pour conséquence une possibilité de fécondation? L'ovule qui s'échappe des ovisacs de ces enfants à la mamelle est-il un ovule parfaitement mûr et pourrait-il donner naissance à un nouvel être? En un mot, tout l'appareil de la génération est-il doué d'une hâtivité semblable à celle de l'ovaire? Les phénomènes extérieurs de développement génital, d'intumescence mammaire, de production de poils, l'aspect général de la physionomie et du regard sembleraient répondre affirmativement à cette question; mais, d'un autre côté, comment peut-on admettre qu'un utérus de quelques mois puisse être le théâtre de la longue série des transformations et des phénomènes qui se manifestent sur la matrice d'une femme adulte

(1) Voici, d'après Denis, de Commercy, la composition du sang menstruel :

Eau		82.50
Fibrine		0.50
Hématosine		6.34
Mucus		4.53
Albumine		4.83
Oxyde de fer		0.05
Graisse phosphorique rouge		0.39
Osmazome et cruosine	àâ.	0.11
S. carbonate de soude, Hydrochlorate de soude, Hydrochlorate de potasse	ââ.	0.95
Carbonate de chaux, Phosphate de chaux	ââ.	0.25
Phosphate de magnésie		Traces.

En résumé, pour 100 :

Fibrine, albumine, matière colorante	75.27
Matières extractives	0.42
Matières grasses	2.21
Sels	5.31
Mucus	16.79

D'après Bouchardat :

Eau	90.08
Matières fines	6.92

(1) Andral et Gavarret. *Annales de chimie et de physique*, 3e série, t. VIII, p. 129.

Gavarret. *De la chaleur produite par les êtres vivants*. Paris, 1855, p. 351-354.

M. Braquehay promet une suite à son excellent travail. Nous comptons sur sa bonne promesse.

(A suivre.)

Dr A. Dureau.

Dissections. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le 20 octobre 1883, à l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1o *Anatomie topographique*. — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, lundis et vendredis.

2o *Physiologie*. — M. le docteur Le Bec, premier prosecteur, mercredis et samedis.

3o *Anatomie descriptive*. — M. X..., deuxième prosecteur, merdis et jeudis.

4o *Histologie*. — M. le docteur Siredey, chef du laboratoire, mardis et vendredis, deux heures.

Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours de une heure à quatre heures, ainsi que le laboratoire d'histologie pendant toute la durée des travaux.

***

Hospices de Bordeaux. — Trois places de médecin-adjoint des hôpitaux et hospices sont mises au concours. Les épreuves commenceront le mardi 4 décembre 1883.

***

Hospices de Marseille. — Une place de médecin-adjoint est mise au concours. Les épreuves commenceront le 14 janvier 1884.

***

Asiles d'aliénés de la Seine.—Un concours pour six places vacantes d'interne titulaire en médecine sera ouvert le 3 décembre 1883 à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1. Les candidats devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, bureau du personnel, de onze heures du matin à trois heures, jusqu'au 17 novembre 1883 inclusivement.

fécondée. Dans ce sens, la question doit être évidemment tranchée par la négative. Mais supposons que par impossible un de ces ovules se trouve transporté dans un utérus adulte et qu'il reçoive là le baptême séminal, je crois qu'il est hors de doute que la fécondation s'effectuerait et que cet ovule donnerait naissance à un nouvel être.

Quoi qu'il en soit, il serait très curieux de savoir ce que deviennent ultérieurement ces enfants. La loi commune d'après laquelle les ovaires de toute femme naissent avec le pouvoir de conduire à maturité de 365 à 410 vésicules de de Graaf leur sera-t-elle applicable, et plus tard la ménopause ne surviendra-t-elle pas à un âge très peu avancé? Expieraient-elles par une vieillesse anticipée leur éclosion trop précoce à la vie féminine? Je pense qu'il ne faut rien affirmer jusqu'à ce que l'observation directe ait établi ce qu'il advient de ces cas. D'autant mieux que, s'il est permis de juger par analogie, on trouve dans les traités spéciaux nombre d'observations ayant trait à des jeunes filles réglées dès l'âge de dix ou douze ans, chez lesquelles la ménopause n'est pas survenue avant l'âge moyen; quelques-unes même l'ont dépassé. On trouve dans Haller (1) des exemples qui corroborent cette donnée. Cet auteur cite, en effet: une fille de neuf ans, petite, délicate, et réglée, dit-il, depuis quelques années; une autre qui est devenue enceinte au même âge, et d'autres, enfin, qui sont devenues mères à dix et à douze ans; cependant, ajoute le célèbre physiologiste, chez aucune de ces filles la ménopause ne survint prématurément.

VI.

Il m'a paru intéressant de rechercher dans les auteurs si on ne trouvait pas dans la série animale des exemples analogues à ces cas de menstruation précoce, des gestations ou des pontes survenant chez les animaux à une époque très rapprochée de leur naissance. J'avoue n'avoir rien trouvé de pareil, même chez les animaux domestiques. On sait cependant quelle notable influence exerce la domestication sur l'évolution ovarienne des animaux qui y sont soumis. Tout donne à croire que des exceptions, pareilles à celles qui font le sujet de cette étude, sont le privilège de l'espèce humaine.

Je dois aussi avouer l'insuccès de mes recherches relativement au point suivant. Le testicule qui présente avec l'ovaire une si remarquable analogie présente-t-il parfois la même précocité? Ne voit-on pas des exemples où les spermatozoïdes apparaissent dans cet organe à une époque rapprochée du moment de la naissance, tandis que d'habitude ils ne se montrent qu'à l'époque de la puberté chez l'homme. Je n'ai trouvé rien de pareil mentionné dans les auteurs. Duplay (2) a démontré que les spermatozoïdes se montrent parfois chez les vieillards, même à un âge très avancé (sur cinquante et un vieillards, il a trouvé neuf octogénaires qui en présentaient encore), mais je ne sache pas qu'on en ait trouvé sur les sujets âgés de quelques mois seulement. Leuvenhœck a examiné à ce point de vue-là un nombre considérable de testicules appartenant à de jeunes agneaux, et il affirme avoir trouvé à la place des spermatozoïdes de petits corpuscules sans analogie avec eux; c'était, dit-il, le seul élément solide qu'on pût découvrir dans leur semence. Hortsaeker, Geoffroi et Andry ont affirmé le même fait.

(1) Haller. *Elementa physiologiae corporis humani.* Berne, 1765, t. VII, lib. XXVIII. Muliebria, p. 139.

(2) Duplay. *Recherches sur le sperme des vieillards.* Archives générales de médecine, 2e semestre, 1852

VII

Il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de rechercher si, lorsque les règles se montrent ainsi à un âge aussi peu avancé, leur apparition ne développe pas sur le moral de l'enfant une série de manifestations intellectuelles analogues à celles qui accompagnent normalement l'éruption cataméniale de la jeune fille pubère. Cependant il doit incontestablement se produire sur ces jeunes cerveaux une modification de même nature. J'ai été frappé en effet de la physionomie de la petite fille qui fait le sujet de mon observation. Sa figure n'a rien d'enfantin; ses yeux sont profonds, tous ses actes empreints d'une certaine grâce pleine d'afféterie. Un seul mot traduit bien cet ensemble: elle pose. Commarmand prétend que chez la petite fille observée par lui le regard semblait indiquer des désirs. Incontestablement, même à un âge aussi tendre, l'apparition des menstrues doit influer sur la direction des idées, et, sans vouloir prétendre qu'il y ait similitude absolue avec le cortège de sensations indéfinissables et d'émotions exquises et idéales qui se manifestent chez la jeune fille, on peut, je crois, affirmer que chez l'enfant ainsi prématurément réglée il se passe quelque chose d'analogue. Le peu de développement du cerveau le limite à une très vague et très incomplète modification dans les idées qui à cet âge-là sont encore embryonnaires.

VIII

A côté de ces exemples de fonctionnement ovarien aussi précoce, il m'a semblé intéressant de rechercher si, à l'inverse de ces cas, le même organe ne présentait pas parfois des phénomènes de fonctionnement tardif, à une époque où depuis longtemps les progrès de l'âge l'ont condamné au repos et à l'inaction chez la très grande majorité des femmes. Pour se convaincre qu'il en est ainsi, il suffit d'ouvrir les traités d'accouchements; on y trouve (la moyenne de la ménopause étant de 40 à 50 ans) de nombreux exemples de femmes chez lesquelles cette fonction est restée évidente jusqu'à soixante ans et plus, en laissant, bien entendu, aux amis du merveilleux les cas des femmes réglées jusqu'à l'âge de 80, 90 et même 106 ans. Capuron cite le fait d'une Parisienne habitant la rue de la Harpe qui accoucha à soixante-treize ans et put même allaiter son enfant. Il n'est pas rare aussi de voir des femmes chez lesquelles les règles se sont supprimées normalement vers la cinquantaine présenter, après un repos plus ou moins long, un retour des fonctions cataméniales. Le plus souvent, il faut se méfier d'exemples pareils, qui sont presque toujours l'expression d'une maladie utérine. Cependant il existe des exemples incontestables de ce retour à la jeunesse. Je termine en citant celui qui m'a paru le plus caractéristique et aussi le plus anormal.

Il est rapporté par le docteur Priou (1):

Une femme âgée de soixante-douze ans, menstruée pour la première fois à seize ans. Mariée à vingt-huit ans, elle avait eu six enfants; le dernier à quarante-huit ans. Elle allaita ce dernier enfant et cessa depuis d'avoir ses règles. En mars 1863, c'est-à-dire vingt-quatre ans après ses dernières règles, elle eut un écoulement sanguin qui dura trois jours et qui se reproduisit le 2 avril et le 4 mai. Elle consulta son médecin qui craignit un carcinome de l'utérus, mais l'examen lui montra que la matrice était absolument saine. En août, elle ne perdit qu'un jour, puis, à la fin de ce

(1) Bulletin de la Société de médecine d'Angers, reproduit dans The Lancet, 1866, t. I, p. 387.

mois comme au commencement du mois suivant, elle eut quelques maux de cœur, circonstance à laquelle elle fit peu attention. Le 26 octobre, elle envoya en hâte chercher le médecin, qui la trouva dans les douleurs de l'enfantement.

Ayant éprouvé une sorte de besoin d'évacuer par le rectum, elle sentit quelque chose de volumineux s'échapper par la vulve en même temps que beaucoup de liquide. Ce liquide était du sérum mêlé de sang, au milieu duquel flottait un fœtus de deux mois. Le placenta fut rendu deux jours après, etc. Tout alla bien Cette femme mourut cependant trois mois après d'une bronchite généralisée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Réflexions cliniques sur l'emploi du corset de Sayre dans le traitement de la scoliose, par Lucien Picqué.

Suite et fin.—Voir le numéro précédent.

Réflexions. — Les auteurs sont unanimes à reconnaître que la scoliose abandonnée à elle même n'est pas susceptible de guérison. J'entends la scoliose idiopathique, car, par un singulier abus de langage, on rapproche souvent des affections absolument différentes ; ainsi, de même que le « genu valgum » symptomatique d'une tumeur blanche du genou n'est pas un « genu valgum », de même la scoliose symptomatique d'un traumatisme vertébral ou d'une affection quelconque intrathoracique n'est pas une scoliose et ne saurait nous occuper en ce moment.

La scoliose vraie doit donc être traitée, mais sa curabilité exige l'absence de torsion vertébrale, qui est elle-même incurable.

Cette torsion sera toujours soupçonnée dans les cas de scoliose ancienne ; on affirmera son existence quand la courbure no sera pas susceptible de correction sous l'influence d'un des moyens précédemment indiqués.

Cette distinction entre la scoliose avec ou sans torsion est importante au point de vue qui nous occupe, car, dans le premier cas, on ne devra viser qu'au traitement palliatif qui empêchera l'augmentation de la courbure. Dans le deuxième cas, on pourra songer au traitement réellement curatif.

Malgré la campagne commencée par Lachaise dès 1827 contre l'abus de l'orthopédie mécanique préconisée par Venel, le traitement par le corset a toujours été jusqu'à nos jours fort en honneur, grâce à la théorie pathogénique moderne touchant l'action inégale de la pesanteur sur le rachis des sujets prédisposés, et l'on peut dire que l'ingéniosité des chirurgiens et des orthopédistes a toujours été d'annihiler cette influence.

Tout d'abord on ne songeait qu'à utiliser le corset comme agent de pression sur le sommet des courbures rachidiennes ; mais les plus chauds partisans de ces appareils ne les ont guère employés que comme moyens de soutien. Tel est le corset d'attitude de Ducresson, préconisé par de Saint-Germain.

Mais bientôt on les a employés à lutter contre la pesanteur en leur adjoignant des tuteurs latéraux munis de béquillons : tels sont les appareils de MM. Le Fort, Panas, Trélat et Colin.

M. le professeur Trélat déclarait en 1879, dans une leçon clinique publiée par Borand, que ces appareils ne pouvaient agir qu'en prenant un point d'appui solide sur le bassin.

Mais dans le cas où la torsion du bassin n'est pas primitive, la ceinture pelvienne n'aurait-elle pas l'inconvénient de gêner la réduction de la courbure compensatrice inférieure ?

Depuis longtemps il est reconnu de tous que les corsets ne peuvent rien contre la torsion et l'ankylose, qu'ils n'agissent que peu comme redresseurs et que l'on ne doit compter que sur la contention ; d'où il résulte qu'ils ne sauraient suffire à eux seuls au traitement et qu'il est de toute nécessité d'y adjoindre d'autres moyens quand la lésion ne s'accompagne pas de torsion, auquel cas ils peuvent être employés à l'exclusion de tout autre agent palliatif.

Le professeur Panas dit lui-même, dans son article Orthopédie du Dictionnaire de Baillière, que c'est faute de mieux qu'on prescrit le corset. On voit donc que leur action curative est assez contestable.

Mais M. Dally est peut-être trop sévère lorsqu'il l'accuse (Journal de thérapeutique, 1883) d'augmenter les déviations et les déformations.

Nous en dirons autant de Barwell, qui les condamne comme réduisant les muscles du tronc à une immobilité presque absolue.

Quoi qu'il en soit de ces critiques, la méthode de Sayre fut accueillie avec faveur au congrès de Manchester en 1877 ; elle comprend, on le sait, la suspension et le corset plâtré. La suspension a pour but d'obtenir la réduction totale de la courbure, et le corset, de la maintenir.

Sayre attribue la déviation à la prédominance d'action du grand dentelé correspondant qui tord la colonne, en même temps que l'action surajoutée de la pesanteur la fait dévier latéralement, et Judson a montré expérimentalement que, tant que la pression supérieure persiste, les efforts directs sur la courbure restent impuissants.

Le corset de Sayre remplirait donc cette indication.

La suspension, pour remplir complètement son office, devrait s'exercer exclusivement sur la tête ; évidemment, la chose n'est pas possible, et il faut y joindre un double point d'appui axillaire.

La réduction des courbures ne peut donc être qu'incomplète, et dans ces conditions la suspension n'est pas non plus sans danger. Tous les chirurgiens ont signalé des syncopes et des vomissements. Willett (Revue de médecine, 1879) a en un accident mortel.

Notre malade a eu un grand malaise et quelques nausées. Cette suspension axillaire, qui gêne l'extension, demande de grandes précautions pour ne pas l'annihiler complètement.

Nous avons pu nous assurer nous-mêmes, chez notre malade, que les deux épaules ne devaient pas être également soulevées ; à l'épaule opposée à la gibbosité doit correspondre une plus grande longueur de courroie.

Mais voici une nouvelle difficulté : chez notre malade, il y avait une chute considérable de l'épaule et l'extension ne se produisait que lorsque l'épaule était remise en place, c'est-à-dire au moins à 5 centimètres au-dessus de l'autre ; la courroie correspondante devait avoir 5 centimètres de moins que celle du côté opposé ; mais alors le corset n'aurait pu être toléré, en raison des tiraillements musculaires ; dans ces conditions, il nous fallait laisser l'épaule à peu près en sa place ordinaire, d'où la colonne se fléchissait aisément, après la dessication du corset, puisqu'il lui manquait un point d'appui, et par des mensurations précises nous avons pu nous assurer que la taille n'avait rien gagné sous le corset.

Ces inconvénients n'avaient pas échappé à Sayre, qui re-

commandait déjà en 1877 l'autosuspension quotidienne et qui, dans la deuxième édition de son ouvrage, publiée récemment à New-York, recommande au malade d'enlever le corset plâtré la nuit et de faire des exercices gymnastiques (1).

En raison de ces inconvénients, la suspension est-elle bien utile? et, bien qu'on ne doive pas être aussi exclusif qu'Owen, qui remplace la suspension cervicale par la suspension axillaire seule, évidemment insuffisante, nous pensons que l'application du corset dans la position horizontale, comme le veut Willett, ou sur la petite plate forme du chariot flamand, comme l'indique de Saint-Germain, présenterait de sérieux avantages.

D'autres reproches ont été adressés au corset. Au congrès de Londres en 1881, le docteur da Cunha Bellem (de Lisbonne), trouve l'immobilisation du rachis insuffisante. Dans notre cas, on pouvait également voir combien la partie supérieure du thorax était mobile, et cependant le corset avait été appliqué par notre maître lui-même avec le plus grand soin.

On a aussi invoqué la malpropreté : notre malade venait à chaque instant en été se faire changer le corset, dévorée qu'elle était par les *pediculi*.

Quoi qu'il en soit de ces reproches, le corset de Sayre mérite d'être conservé et, sans se laisser aller à l'enthousiasme peut-être un peu exagéré de nos voisins, nous devons dire qu'il a donné chez nous des succès encourageants.

M. Duplay, qui l'a employé quinze ou dix-sept fois, déclare que, bien quimpuissant contre les déformations acquises, il le considère comme excellent dans les scolioses commençantes.

M. de Saint-Germain, qui ne l'avait accepté au début qu'avec peine, l'a expérimenté depuis et pense, dans une leçon publiée récemment dans livre de chirurgie orthopédique, qu'on pourra l'employer désormais avec succès dans des cas déterminés.

Notre observation elle-même ne prouve-t-elle pas qu'une courbure prononcée a pu par son action rester stationnaire pendant un an?

Mais nous pensons en résumé :

1° Qu'à la suspension peut être substitué le décubitus horizontal sur un support quelconque ;

2° Que le corset plâtré ne peut être considéré que comme un moyen de contention ;

3° Qu'on peut adopter la dernière modification de Sayre (le corset Amovo-inamovible) qui prévient les incommodités des appareils inamovibles;

4° Que, dans les courbures avec torsion, le corset peut être employé seul, mais que dans les scolioses au début on peut y joinndre avec avantage l'emploi des moyens gymnastiques préconisés dans ces dernières années.

(1) Une note traduite par Thorens a été reproduite par Baudry dans sa thèse (TH. D'AGRÉGATION, 1883, p. 141.

REVUE D'HYGIÈNE

I. EFFETS DU SÉJOUR PROLONGÉ DANS LES VAPEURS DE CRÉOSOTE. — II. HYGIÈNE DES PHOTOGRAPHES. — III. L'ANÉMIE DES SOLFATARES ET L'ANKYLOSTOME DUODÉNAL. — IV. LE VANILLISME PROFESSIONNEL. — V. MALADIES OBSERVÉES CHEZ LES DÉTENUS EMPLOYÉS A LA FABRICATION DES CORDES D'ALFA.

Les études d'hygiène professionnelle présentent un double écueil. Si l'on ne s'enquiert pas suffisamment des moindres détails de la vie de l'ouvrier et de ses occupations, on risque soit de laisser passer inaperçu tel accident qui est la conséquence directe de son travail, soit d'attribuer à la profession des phénomènes physiologiques ou pathologiques qui dépendent de causes toutes différentes.

Si au contraire on a cherché par une étude complète à se rendre compte des diverses tâches auxquelles sont astreints les ouvriers d'une même profession, examinant successivement l'outillage, le milieu où travaille l'ouvrier, les substances qu'il manie, on court le danger d'échouer contre le sophisme *post hoc ergo propter hoc* et d'attribuer trop facilement à tel ou tel détail opératoire l'origine de presque toutes les affections.

Voilà pourquoi on ne peut qu'encourager les enquêtes sérieuses et les études suivies qui, permettant d'éviter tout paralogisme, toute conclusion hâtive, déplacée, ou exagérée, fournissent des matériaux aux hygiénistes de l'avenir qui érigeront à l'état de science faite, les nombreux éléments que l'on accumule de tous côtés.

I. — C'est avec la créosote qu'on arrive à donner de grandes qualités de conservation aux traverses de chemins de fer et tramways, traverses qui restant plongées dans une terre humide, tendraient à s'y détruire rapidement. Dane ce but, ces traverses sont d'abord maintenues pendant plusieurs heures dans une étuve offrant une température d'au moins 750 degrés On les place ensuite dans des cylindres où, après avoir préalablement produit le vide, on fait arriver de la créosote sous une pression de six atmosphères. Au bout d'une heure, l'imprégnation étant jugée suffisante, on ouvre les cylindres pour en retirer les traverses. A ce moment, les ouvriers respirent forcément et presque exclusivement les vapeurs de la créosote.

M. le professeur Poincaré (1) ayant tenté de se rendre compte, expérimentalement sur deux chiens et sur dix cobayes, des effets produits sur l'organisme par la respiration prolongée des vapeurs créosotées, a constaté que la créosote respirée en petite quantité, pendant un an ou deux, engendrerait un travail de sclérose dans les centres nerveux, le foie, le rein et le poumon. Dans ce dernier organe, elle détermine aussi une certaine hyperplasie de l'épithélium qui a pour conséquence d'effacer peu à peu les cavités pulmonaires et de diminuer à la fois la capacité pulmonaire et l'hématose. Quant à la sclérose cérébrale elle ne paraît se traduire que par un amoindrissement des manifestations de la vie de relation. Toutes ces lésions ne mènent pas à la mort et M. Poincaré a dû sacrifier volontairement six cobayes sur dix qui avaient été soumis à ses expériences. Deux autres cobayes avaient été soumis à un empoisonnement aigu.

II. — M. le docteur H. Napias avait déjà signalé dans la pathologie des photographes le développement rapide d'un degré notable d'amblyopie chez les retoucheurs, et la fréquence d'une crampe professionnelle analogue à la crampe des écrivains survenant par suite de la nécessité où sont les photographes de tenir entre le pouce et l'index les plaques de préparation. (REVUE D'HYGIÈNE, novembre 1879.)

Après avoir confirmé les recherches de M. Napias, MM. Duchesne et Michel qui poursuivent leurs séries d'études pro-

(1) ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, juillet 1883.

fessionnelles (1) ont signalé chez les photographes, à côté de certains empoisonnements accidentels (par l'acide cyanhydrique se formant lors d'une décomposition possible du cyanure de potassium, par le bichromate de potasse, etc.), des phénomènes nerveux, dont ils donnent l'explication suivante (2) : l'acide pyrogallique en contact avec un alcali (l'ammoniaque) absorbe rapidement l'oxygène. Quoi d'étonnant, alors, qu'une personne s'étiole, enfermée pendant un certain temps dans une pièce hermétiquement close où l'air ne se renouvelle pas, et où l'oxygène diminue de minute en minute?

Si l'on ajoute à cette cause les émanations produites par l'ammoniaque, on trouvera facilement l'explication des symptômes éprouvés par les personnes victimes de ces accidents, douleurs ressenties aux extrémités des doigts, maux de tête violents coïncidant avec ces douleurs, etc.

Dans les ateliers où on prépare exclusivement les plaques dites au gélatino-bromure d'argent, il est absolument indispensable que la lumière blanche ne pénètre jamais. Aussi a-t-on accumulé portes et portières et l'éclairage au moyen d'une lanterne à verre rouge est le seul pratiqué. Si l'atelier n'est pas dans des conditions excellentes d'hygiène, il en résulte évidemment pour la santé des dangers graves dus à un séjour plus ou moins prolongé dans un milieu privé de lumière blanche, dans l'atmosphère chargée de vapeurs éthérées et excitant le système nerveux.

III. — Le docteur Antonio Cantu étudiant les cas d'anémie qui s'observent chez les ouvriers occupés aux mines de soufre que l'on exploite près de Cesena dans la Romagne, a constaté que l'anémie des solfatares se distingue de celle dont furent atteints les ouvriers du Gothard, d'abord en ce qu'elle ne se développe que chez des ouvriers employés depuis très longtemps à l'extraction du soufre, et surtout par l'absence de douleurs abdominales, de troubles digestifs et d'évacuations sanguines (3).

Quant à la pathogénie, elle serait variable, suivant M. Cantu. Les ankylostomes manquent quelquefois ou d'autres fois sont très peu nombreux. Tandis que le seul traitement parasitaire réussissait au Gothard, le traitement tonique et reconstituant convient surtout aux mineurs de Cesena.

M. Cantu attribue les accidents d'anémie qu'il a observés à l'action nuisible des gaz délétères, tels que l'acide carbonique et l'hydrogène sulfuré. Les ankylostomes ne seraient qu'une simple complication.

IV. — Sous le nom de vanillisme, M. le professeur Layet (4) a décrit une double série d'accidents : la première relatant des faits de véritable empoisonnement avec symptômes cholériformes, faits signalés déjà par Orfila, puis par Green (d'Altona) et en 1873 par L. Rosenthal (de Berlin) et imputables à l'ingestion de glaces parfumées à l'aide d'une vanille altérée. Dans la seconde série de faits viennent se ranger un certain nombre d'observations d'affections cutanées ou de phénomènes nerveux survenus chez des ouvrières (de l'usine Marie-Brizard de Bordeaux) occupées à la manipulation des vanilles.

Le travail de la manipulation des vanilles comprend trois opérations successives : 1° *le triage* qui a pour objet de séparer les *vanilles mitées* et les *vanilles moisies* d'avec les vanilles de bonne qualité ; 2° *le brossage* qui consiste à débarrasser, à l'aide d'une brosse à main, les gousses défectueuses des mites et débris de mites, et des moisissures qui les recouvrent ; 3° *le réempaquetage* des gousses et leur remise en boîte.

Les *accidents cutanés* ou plutôt les inconvénients causés par l'examen et la manipulation des vanilles consistent dès les premiers jours en une démangeaison marquée surtout à la face et aux mains, avec sentiment de chaleur, de tension et de cuisson à la peau, particulièrement sur les parties communément découvertes. Il y a souvent une éruption papuleuse plus fréquente à la face, à l'entour des lèvres et des narines.

Dans certains cas, on note une sensation de prurit par tout le corps, le plus généralement accompagnée d'une sorte d'exanthème par plaques, avec très peu de papules. Les yeux sont irrités, larmoyants au début ; quelquefois il y a de la blépharite chronique, très souvent du coryza. Parfois on a vu des hommes dont la figure avait d'abord enflé, en présentant de la rougeur par plaques, puis avait complètement pelé. La desquamation est le fait général.

Les *symptômes nerveux* se manifestent surtout à l'époque du grand travail qui se fait à l'arrivée des stocks de vanille en mai et juin pour la récolte du Mexique, en avril et novembre pour les vanilles qui viennent de Bourbon et Maurice.

Ils consistent en de la céphalalgie, du tournoiement de tête, des étourdissements, de la lassitude.

Il y a des douleurs musculaires, de l'irritation vésicale, la miction est fréquente, les urines sont chargées ; il y a le plus souvent aussi de l'excitation génésique très prononcée chez quelques-uns.

Les ouvriers embauchés pour ce travail sont obligés de sortir fréquemment pour se soustraire aux vertiges, à la pesanteur de tête et parfois à la somnolence qui les gagne. Ils conservent pendant quelque temps, la nuit surtout, une excitation nerveuse, avec insomnie et fréquents réveils en sursaut. Cette excitation s'accompagne chez quelques-uns d'une ardeur sur tout le corps qu'ils ne calment que par des lotions générales.

M. Layet attribue aux moisissures la production des plaques érythémateuses et du coryza. Il se demande si la présence des mites (1) sur la peau n'occasionnerait pas les démangeaisons. Quant aux phénomènes nerveux, les expériences que M. Layet a entreprises sur des cobayes pour les expliquer seraient peu probantes. Un seul cobaye, enfermé pendant trois semaines dans une cage avec plusieurs paquets de vanille placés dans une boîte grillée, a diminué assez notablement de poids, quoique parfaitement nourri, en même temps qu'il paraissait avoir acquis une surexcitabilité marquée dans les mouvements. Un autre cobaye, placé dans les mêmes conditions, nourri de la même façon, mais tenu loin de toute émanation de vanille, avait, au contraire, dans le même laps de temps, sensiblement augmenté de poids. Faut-il en conclure, d'après cette simple constatation, à une action excitante de la

(1) Ils se sont successivement occupés des ardoisiers, des naciers, de l'industrie des papiers peints, de la fabrication du celluloïd, etc.

(2) REVUE D'HYGIÈNE ET DE POLICE SANITAIRE, 1883, p. 384.

(3) RIVISTA CLIN. DI BOLOGNA, 1882, n° 1 et 2.

(4) Dans une *Communication* faite au Congrès de Rouen et reproduite dans la REVUE D'HYGIÈNE du 20 septembre 1883.

(1) Les mites de la vanille sont des *arachnides* de l'ordre des *Acariens*.

vanille favorisant le mouvement de dénutrition ? M. Layet y serait porté en raison de l'excitabilité nerveuse et de l'apparence anémique de quelques ouvriers qu'il a observés.

V. — On sait que l'alfa, plante textile, est utilisée tous les jours de plus en plus par un grand nombre d'industries (sparterie, vannerie, faux cheveux, cordages et surtout papeterie). A la maison centrale de Lambessa (Algérie), la grande majorité des détenus indigènes est occupée à préparer des cordes d'alfa.

Chargé pendant un an du service médical de ce pénitencier, M. le docteur Vuillemin a remarqué (1) que si le *triage* n'entraîne aucun désagrément pour la santé, le *battage* (qui se fait à l'aide d'un maillet en bois de plus d'un kilo) amène une sorte de ténalgie crépitante des muscles long abducteur et long extenseur du pouce, sans épanchement persistant ni suppuration. Pour éviter cet accident, les détenus sont arrivés d'eux-mêmes à prendre la précaution de placer un anneau de cuir au-dessus de l'articulation radio-carpienne, au point même de réflexion des tendons du pouce sur le radius.

La dernière opération, le *tressage*, occasionne plus encore que le battage la dissémination dans l'air d'une poussière verdâtre, très fine, âcre et très irritante, qui exerce son action sur la peau déjà surexcitée par une sécrétion très active des glandes sudoripares, et provoque un prurit très incommode et l'apparition de papules rouges et assez dures. Ce prurigo artificiel se manifeste sur toutes les paries du corps exposées à l'air, mais surtout aux avant-bras et au cou. Quelques bains suffisent pour le faire disparaître.

Cette poussière, répandue dans l'atmosphère, pénètre aussi dans les voies respiratoires ; d'abord elle s'accumule dans le nez, occasionnant un prurit tellement désagréable que les détenus vont jusqu'à s'introduire une longue tige de bois dans les narines, pour chercher à calmer ces démangeaisons.

M. Vuillemin a vu de nombreux cas d'érysiplèe de a face à forme peu grave, mais les récidives sont fréquentes.

Sur les poumons, l'action irritante de cette poussière doit contribuer au développement de la bronchite aiguë et surtout chronique, et de la pneumonie localisée, que l'on observe si fréquemment à la maison centrale de Lambèse.

Paul Fabre (de Commentry).

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 septembre 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

Sur les microbes trouvés dans le foie et dans le rein d'individus morts de la fièvre jaune. Note de M. Babes, présentée par M. Wurtz.

M. Cornil a donné à l'auteur, pour les examiner, des fragments du foie et des reins provenant d'autopsies de fièvre jaune. Ces pièces, enlevées immédiatement après la mort et conservées dans l'alcool fort, avaient été envoyées au laboratoire par M. de Lacerda. M. de Lacerda a fait récemment à l'Académie une communication sur les parasites de la fièvre jaune. Mais, d'après les dessins joints à la note de M. de Lacerda, MM. Cornil et Babes se sont convaincus que M. de Lacerda s'était trompé et qu'il avait décrit, comme des parasites, des filaments de tissu végétal et du pigment.

(1) Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1883, p. 91-95.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1883. — Présidence de M. Larrey.

La correspondance non officielle comprend un mémoire de M. le docteur Ebrard (de Nîmes) sur l'iode. (Com. MM. Constantin (Paul) et Bouchardat fils).

— M. le Président exprime, au nom de l'Académie, les sentiments de sympathie et de regrets que lui a inspirés l'accident arrivé à M. Jules Rochard. Il prie M. Legouest de vouloir bien donner à l'Académie des nouvelles du blessé

M. Legouest est heureux de pouvoir annoncer que M. Rochard se trouve dans un état aussi satisfaisant que possible, et qu'il y a tout lieu d'espérer sa prompte et complète guérison. (Applaudissements.)

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une note de M. Bochefontaine en réponse à la note de M. Miquel sur l'asepticité des sels de cuivre, présentée dans la dernière séance par M. Bouley.

M. Bouley donne lecture d'une lettre de M. Maucuer, médecin vétérinaire à Bollène (Vaucluse), relative aux expériences de vaccination préventive du rouget du porc dans ce département. M. Maucuer annonce que tous les porcs vaccinés ont résisté à tous les modes d'infection et de contagion du typhus du porc. Il saisit cette occasion de rendre hommage à M. Thuillier, ce jeune martyr de la science, enlevé prématurément à ses études, qui a eu la gloire de découvrir le microbe du rouget, et à M. Pasteur, le maître illustre dont les enseignements ont fécondé les recherches de l'élève ; leurs deux noms doivent être associés d'une manière inséparable.

M. Bouley communique ensuite une note de M. Peuch, de l'Ecole vétérinaire de Toulouse, relative à de nouvelles expériences de clavelisation par des injections sous-cutanées de claveau dilué. (Com. MM. Vulpian, Goubaux, Bouley.)

— M. Proust offre en hommage un ouvrage qu'il vient de publier sur l'étiologie et la prophylaxie du choléra.

M. le Président dépose, au nom de M. Devilliers, une note relative à la contagiosité du choléra.

M. Dechambre présente, en son nom et au nom de ses collaborateurs, MM. Mathias Duval et Lereboullet, plusieurs fascicules du *Dictionnaire usuel de médecine et de chirurgie*.

— M. Daremberg lit un travail ayant pour titre : *Quelle place doit occuper la tuberculose parmi les affections contagieuses.* Voici les conclusions de ce travail :

« La tuberculose est une affection parasitaire, transmissible par inoculation, alimentation, inhalation. Entre conjoints, ces trois modes d'absorption peuvent être réalisés. La tuberculose est toujours causée par l'absorption d'un germe extérieur.

« La contagiosité n'est pas proportionnée à la quantité de germes contagieux, mais dépend de la qualité des terrains organiques plus ou moins disposés à les recevoir, de sorte que la contagion est un fait banal dominé par les réactions individuelles, préparées antérieurement à l'infection par des vices de nutrition héréditaires ou acquis.

« Les tuberculoses locales sont des tuberculoses atténuées.

« La scrofule semble être une diathèse, tandis que la tuberculose est une infection greffée sur des diathèses. On n'hérite pas généralement du germe infectieux de la tuberculose, mais des vices de nutrition qui ont provoqué cette infection chez les ascendants.

« La thérapeutique, tout en étant autorisée à rechercher des

spécifiques, devra tendre à détruire par l'hygiène générale les causes qui préparent un terrain favorable à la tuberculose, et, dans le cours de la maladie, à combattre en outre les phénomènes réactionnels causés dans l'économie par la présence et la prolifération de l'agent infectieux. »

— M. René Blache donne lecture d'une note intitulée : *Vaccine efficace sans manifestations extérieures.*

L'auteur a observé cet hiver trois faits intéressants. Il s'agit de trois enfants vaccinés par lui. Il n'y a pas eu la plus légère apparition de boutons de vaccine, et il a pu cependant acquérir ultérieurement la certitude que dans les trois cas dont il s'agit, deux des enfants avaient acquis l'immunité vaccinale, ce qui a été démontré, six semaines après, par des tentatives d'une nouvelle vaccination qui n'a donné que les caractères de la fausse vaccine. (Com. de vaccine.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

FORMULAIRE

Mixture contre l'acné rosacea.

(Helmayen).

Rec. Chaux éteinte........	1	partie.
Soufre sublimé........	2	—
Eau........	20	—
Réduire par la chaleur à........	12	—

Au moment de s'en servir pour applications topiques, on étendra cette mixture de cinq parties d'eau au début; peu à peu on l'emploiera sous une forme plus concentrée.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des eaux minérales de la France et de l'étranger et de leur emploi dans les maladies chroniques, par le docteur Max Durand-Fardel, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy. — Troisième édition. — Paris, Germer-Baillière.

Le *Traité des Eaux minérales* de M. Durand-Fardel est devenu classique ; depuis 25 ans, il sert de guide aux praticiens qui n'ont généralement trouvé dans l'enseignement de l'Ecole aucune notion d'hydrologie : nous n'avons donc pas à le présenter à nos lecteurs.

Mais si le programme de l'enseignement officiel n'a compris qu'exceptionnellement la médecine thermale, celle-ci n'en a pas moins suivi les autres branches de notre art dans leur évolution scientifique en même temps que dans le développement de leurs applications pratiques. La vogue sans cesse croissante des eaux minérales a inspiré de nombreuses monographies dont beaucoup, après une sélection rendue nécessaire par les abus de la réclame, présentent une valeur réelle. Les récompenses que décerne chaque année l'Académie de médecine ont fait éclore des rapports de médecins inspecteurs et des mémoires originaux d'un vrai mérite. La Société d'hydrologie de Paris est restée le centre de ce mouvement et les Annales de cette Société se sont enrichies de travaux importants soumis au crible d'une discussion indépendante, d'une libre critique. Il y avait donc lieu de rapprocher, de comparer, de synthétiser les notions acquises par ces voies diverses : c'est ce que M. Durand-Fardel a fait, d'un côté, pour les élèves, dans son enseignement libre de l'Ecole pratique, de l'autre, pour les praticiens, dans la troisième édition de son *Traité des Eaux minérales.*

Le plan général de l'ouvrage et la méthode suivie par l'auteur sont les mêmes que dans les éditions précédentes. Le problème à chercher et à résoudre en hydrologie médicale peut se poser de deux manières :

1o Etant donnée une eau minérale, en déterminer toutes les applications thérapeutiques ;

2o Etant donnée une maladie, chercher l'eau minérale qui convient le mieux à son traitement.

De là deux méthodes dans l'exposé d'un ouvrage didactique sur les eaux minérales. La première, purement analytique, a dû précéder la seconde ; les notions qu'elle fournit sont indispensables à celle-ci, mais elles demeurent insuffisantes pour diriger le praticien. Une même maladie présente des modalités très diverses, qui, entre plusieurs eaux similaires ou de composition différente, trouvent des indications spéciales ; or ces indications ne peuvent évidemment ressortir que du travail de comparaison entre les résultats obtenus auprès de chacune des sources en présence.

La seconde méthode, utilisant les matériaux apportés par la première, commence par faire ce travail de comparaison et de synthèse ; puis elle en applique les résultats aux différentes especes, formes et variétés morbides que lui offre la clinique. C'est la méthode suivie par M. Durand-Fardel. Toutefois il fait une petite concession à l'autre et, dans la première partie de son livre, qui comprend la matière médicale, c'est-à-dire l'étude des eaux minérales en elles-mêmes, de leur composition, de leurs modes d'administration, etc., il consacre quelques lignes à leurs principales indications thérapeutiques. Le lecteur est ainsi préparé à l'examen comparatif dont ces indications sont l'objet dans la seconde partie de l'ouvrage.

Cette partie, essentiellement clinique, révèle les qualités bien connues de M. Durand-Fardel. Le chapitre consacré à la médication thermale, à ses indications et à ses contre-indications, à la spécialisation des eaux minérales, etc., contient des pages où l'auteur s'est inspiré à la fois des notions les plus élevées de la pathologie générale et des investigations les plus délicates de l'observation clinique. Plus de la moitié du livre est ensuite consacrée à l'étude des divers états pathologiques qui ressortissent à la médication thermale. Pour chacun d'eux, l'auteur passe successivement en revue et discute les indications générales, les indications particulières, le choix de la station thermale Il met à profit à ce sujet le fruit de sa longue et vaste expérience et les nombreuses monographies des médecins exerçant près des différentes stations.

Une triple table des matières permet au lecteur de remonter facilement au renseignement qu'il cherche.

La première contient, par ordre d'exposition, les titres des différents chapitres.

La seconde renferme, par ordre alphabétique, les noms des stations thermales avec l'indication des pages où il est parlé de leur composition et de leurs applications thérapeutiques.

La troisième comprend, également par ordre alphabétique, les noms des maladies traitées dans l'ouvrage avec renvois aux pages où leurs différentes formes sont plus spécialement étudiées.

En résumé, la troisième édition du *Traité des Eaux minérales* reproduit la clarté d'exposition, la méthode, le grand sens philosophique et clinique qui ont fait le succès des deux

éditions précédentes, et met le lecteur au courant de toutes les notions nouvelles dont s'est enrichie jusqu'à ce jour l'hydrologie médicale : aussi sa place est-elle marquée dans la bibliothèque de tout praticien.

Dr F. DE RANSE.

THÈSES D'AGRÉGATION.

DES ACCIDENTS PERNICIEUX D'ORIGINE PALUSTRE, par M. le docteur BARD.

Le cadre des accidents étudiés par l'auteur est vraisemblablement un peu restreint : certaines formes de fièvres rémittentes entrent certainement dans le sujet qu'il avait à traiter, aussi bien que l'hémiplégie, l'aphasie, l'amaurose, qu'il n'a point « comprises dans sa description », sous prétexte que ce sont des accidents « dont l'apparence phénoménale ne peut à aucun moment comporter l'idée d'un danger prochain ». La plupart des classiques, M. le docteur Landouzy dans son excellente thèse d'agrégation, décrivent ces manifestations au nombre des accidents pernicieux ; M. Bard eût pu s'appuyer sur l'autorité de ces maîtres pour faire entrer ces phénomènes dans sa description.

Enfin le lecteur ne sent pas assez dominer, dans ce travail, une idée d'ensemble, une idée doctrinale; l'auteur eût gagné à montrer davantage le lien qui unit les matériaux intéressants qu'il a accumulés.

Dr DERIGNAC.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés pour deux ans :

1° *Chefs de clinique chirurgicale.* — MM. Prengrueber et Routier, en remplacement de MM. Redard et Picqué.

2° *Chefs de clinique adjoints.* — MM. Redard et Picqué.

3° *Chefs de clinique médicale.* — MM. Derignac et Mathieu, en remplacement de MM. Talaman et Josias.

4° *Chefs de clinique adjoints.* — MM. Siredey et Capitan, en remplacement de MM. Jean et Dreyfous.

5° *Chef de clinique des maladies du système nerveux.* — M. Marie en remplacement de M. Ballet.

6° *Chef de clinique ophthalmologique.* — M. de La Personne, en remplacement de M Bellouard.

***

FACULTÉS DE MÉDECINE, AGRÉGATION. — Par arrêté ministériel du 30 septembre, sont attachés aux Facultés de médecine ci-après désignées, pour une période de neuf ans à dater du 1er novembre 1883, MM. les agrégés dont les noms suivent :

1° *Bordeaux.* — M. Planteau (anatomie et physiologie).
2° *Lille.* — MM. Wertheimer et Demon (anatomie et physiologie).
3° *Lyon.* — M. Beauvisage (histoire naturelle).
M. Debierre (anatomie et physiologie).
4° *Montpellier.* — M. Granel (histoire naturelle).
5° *Nancy.* — M. Macé (histoire naturelle).
6° *Paris.* — M. Blanchard (histoire naturelle).
M. Reynier (anatomie et physiologie).

***

LE COMITÉ DES LABORATOIRES MUNICIPAUX. — Il vient d'être institué sous ce titre, auprès du ministère du commerce, un comité consultatif ayant pour attribution d'émettre des avis :

1o Sur les rapports qui lui seront soumis, soit par les chefs de laboratoires, soit par les autorités municipales ou départementales ;

2o Sur les méthodes à employer dans les laboratoires pour les analyses des diverses denrées alimentaires ;

3o Sur les moyennes au-dessus et au-dessous desquelles lesdites denrées seraient déclarées nuisibles ou falsifiées ;

4o Enfin, et d'une manière générale, sur toutes les questions techniques dont la solution pourrait intéresser les laboratoires.

Ce comité est composé de cinq membres : MM. Wurtz, président; Pasteur, Brouardel, Grimaux, Armand Gautier.

***

La plupart des journaux ont parlé de la tentative de meurtre dont M. Jules Rochard a été la victime. Nous sommes heureux d'apprendre que l'état de notre excellent confrère continue d'être satisfaisant, et nous nous associons ici à tous les témoignages de profonde sympathie qu'il a reçus.

***

Le nom de Baudens vient d'être donné au village d'El-Keçar, arrondissement de Sidi-bel-Abbès, département d'Oran.

***

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE. — Un concours s'ouvrira le 7 janvier 1884 pour un emploi de professeur agrégé en médecine. Les médecins-majors de première et de deuxième classe seront seuls admis à prendre part au concours. Leur demande, transmise par voie hiérarchique, devra être parvenue au ministre avant le 1er décembre 1883, terme de rigueur.

***

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Marvaud, médecin-major de première classe, est nommé médecin principal de deuxième classe par décret du 14 septembre 1883. Par le même décret, sont nommés médecins-majors de première classe : MM. Dubarry, Bois, Lippmann, Lelonain ; — médecins-majors de deuxième classe : MM. Girardin, Lévêque, Maupetit et de Santi.

***

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 1er octobre 1883, ont été promus au grade de médecin en chef les médecins principaux : Gillet (Paul-Louis), Lecomte (Edouard-Sébastien), Richaud (Louis-Maximilien-Jules) ; au grade de médecin principal les médecins de première classe : Perlier (Prosper-Alcide), Borius (Alfred-Emile) et Piervaux (Alexis-Léopold).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

392. M. Courtin. Carie de l'épine de l'omoplate. — 393. M. Sarazin. La vulvite aphtheuse de l'enfant. — 394. M. Bonneau. Exposé historique du traitement du lupus. — 395. M. Binet. Du rôle de la syphilis dans la cécité. — 396. M. Butte. Recherches sur les variations de l'exhalation pulmonaire de l'acide carbonique. — 397. M. Carlier. Anatomie philosophique — 398. M. Cambouliou. Complications de la conjonctivite granuleuse chronique et leur traitement. — 399. M. Pousset. Quelques considérations sur la contusion de la jambe. — 400. M. Roux. Des nouvelles acquisitions sur la rage. — M. Mouret. De la néphrite infectieuse consécutive à l'ostéo-périostite. — 402. M. Ramonot. La syphilis chez les scrofuleux. (Etude chirurgicale). — 403. M. Vince. Etude sur la maladie d'Addison. — 404. M. du Mouza. Quelques cas de chirurgie conservatrice à l'hôpital maritime de Clermont-Tonnerre (Brest)

pendant les années 1880, 1881 et 1882. — 405. M. Tabard. Historique de la résection des côtes et de ses indications. — 406. M. Castres. Du traitement palliatif du cancer ulcéré du col de l'utérus, et en particulier d'une préparation spéciale d'iodoforme. — 407 M. Charles Simon. Des paralysies, névralgies, troubles trophiques et vaso-moteurs survenant sous l'influence de l'intoxication par le gaz oxyde de carbone. — 408. M. Ranguedat. Des arthropathies dans la syphilis héréditaire. — 409. M. Manchon. De la syphilis cérébrale précoce. — 410. M. Cazeneuve. Etude sur les troubles gastriques dans la tuberculose. — 411. M. Espanet. Du pronostic des paralysies diphthéritiques. — 412. M. Bource. De la délivrance normale et pathologique. — 413. M. Mairel. Des complications urémiques de l'épithélioma du col utérin. — 414. M. Humbert. Dénudation cornéenne. — 415. M. Comte-Lagauterie. Contribution à l'étiologie de l'insuffisance des muscles droits internes et externes des yeux. — 416. M. Thellier. De l'ostéo-myélite spontanée considérée dans son étiologie et sa pathologie. — 417. M. Chapotel. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire rhumatismale.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 21 AU JEUDI 27 SEPTEMBRE 1883.

Fièvre typhoïde 36. — Variole 4. — Rougeole 5. — Scarlatine 1. — Coqueluche 12. — Diphthérie, croup 26. — Dysentérie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 1. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 31. — Phthisie pulmonaire 170. — Autres tuberculoses 8. — Autres affections générales 58. — Malformation et débilité des âges extrêmes 31. — Bronchite aiguë 19. — Pneumonie 39. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 73, — au sein et mixte 26. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 87. — de l'appareil circulatoire 55. — de l'appareil respiratoire 36. — de l'appareil digestif 43 — de l'appareil génito-urinaire 18. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 2. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 35. — Causes non classées 5. — Total de la semaine : 836 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

LES SYSTÈMES D'ÉVACUATION DES EAUX ET IMMONDICES D'UNE VILLE (Revue critique), par le docteur van Boerbech de Meyer, professeur d'hygiène à l'Université d'Utrecht. — Paris, 1883, in-8 de 138 pages, avec figures. — Prix : 3 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

DE L'ECZÉMA ET DE SON TRAITEMENT, par le docteur Puy-le-Blanc, médecin-consultant aux eaux de Royat, in-8 de 56 pages. — Prix : 1 franc. — Librairie Coccoz.

DES FORMES DIVERSES D'ÉPIDÉMIES PUERPÉRALES, par le docteur Charles Maygrier, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, chef de clinique d'accouchement de la Faculté de médecine, accoucheur des hôpitaux. Un vo- in-8 de 108 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

ETUDE CLINIQUE SUR AMÉLIE-LES-BAINS, SES EAUX ET SON CLIMAT, par le docteur Louis Granier, médecin consultant. Brochure in-8. — Prix : 2 fr. — Paris, Masson, éditeur.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Roebechouart. Paris.



54e année. 6e série. Tome V. N° 41 16 OCTOBRE 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 11 octobre 1883.

DE LA DOCTRINE MICROBIENNE ET DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE AU POINT DE VUE DE LA GENÈSE ET DE LA GÉNÉRALISATION DU TUBERCULE ET DU CANCER. — CRÉATION DE DEUX ÉCOLES PRÉPARATOIRES DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Dans le remarquable travail qu'il a lu, il y a huit jours, à l'Académie de médecine, et qui a eu un si grand et si légitime succès, M. Daremberg a cherché à réconcilier la doctrine microbienne avec la médecine traditionnelle. Il est certain que si la première restreint ses prétentions et souscrit au tempérament proposé par notre distingué confrère, la lutte perd beaucoup de sa raison d'être et la paix est près de se faire. On en peut juger en rapprochant l'une de l'autre la manière de concevoir la genèse et la généralisation du tubercule d'après M. Daremberg, représentant la doctrine microbienne, et celle de comprendre la genèse et la généralisation du cancer encéphaloïde d'après M. Sappey, représentant la médecine traditionnelle.

Le savant professeur vient de communiquer à l'Académie des sciences une note qui peut se résumer de la manière suivante, en empruntant le texte propre de l'auteur :

« Le cancer encéphaloïde reconnaît pour cause une altération profonde des globules blancs du sang. Cette altération est d'abord essentiellement locale. A la suite d'une cause encore inconnue dans sa nature, les globules blancs contenus dans les conduits de la lymphe se modifient sur un point limité de ces organes, s'altèrent et dégénèrent. En traversant le foyer primitif, les globules blancs du sang s'altèrent, dégénèrent et prennent ensuite trois directions différentes.

« Les uns sortent des capillaires sanguins, se déposent sur le point malade et deviennent le centre de formation d'une tumeur dont la tendance est de s'accroître indéfiniment.

« D'autres se portent vers les ganglions, qui subissent bientôt une dégénérescence secondaire.

« D'autres restent dans le sang veineux et propagent le cancer dans toutes les parties de l'économie.

« Pour expliquer l'infection générale de l'organisme dans la dernière période des affections cancéreuses, ajoute M. Sappey, on a imaginé le virus cancéreux. Sous ce nom on désignait un principe fictif, insaisissable et indéfinissable. Les notions qui précèdent nous montrent qu'il est représenté par les globules dégénérés qu'importent les veines émanées du foyer cancéreux. C'est un être réel et figuré, abondamment répandu dans l'économie.

« Ces éléments figurés et dégénérés partent du foyer morbide; le sang les emporte vers le cœur, et le cœur les projette dans tous les organes; chacun d'eux est un germe, un cancer en miniature, un cancer ambulant. Plus la tumeur se développe et plus aussi ces cancers ambulants se multiplient. Il arrive un moment où ils circulent par centaines de mille et de millions peut-être.

« Ainsi se produit la généralisation du cancer; ainsi s'opère peu à peu et fatalement l'empoisonnement de la masse totale du sang; ainsi se développe cette diathèse cancéreuse restée jusqu'à présent si obscure dans son mode d'évolution; ainsi s'explique enfin la cachexie qui lui succède, qui en marque le dernier terme et qui annonce un rapide dépérissement, une profonde désorganisation, une mort prochaine. »

Il est facile de voir que, dans le développement et la généralisation de l'encéphaloïde, le globule dégénéré admis par M. Sappey joue identiquement le même rôle que le bacille de Koch dans le développement et la généralisation de la tuberculose.

On n'hérite pas directement du germe infectieux de la tuberculose, dit M. Daremberg, mais du vice de nutrition qui lui prépare un terrain favorable. Dans la conception de M. Sappey, on n'hérite pas davantage directement du cancer, mais de la disposition à l'altération ou à la dégénérescence du globule blanc qui lui donne naissance.

Chez l'individu tenant par hérédité ou ayant acquis le vice de nutrition favorable au développement du bacille de la tuberculose, une cause quelconque d'irritation peut produire sur place une tuberculose locale. De même, chez un descendant de cancéreux, une cause d'irritation analogue peut devenir le point de départ d'un cancer.

Quand la tuberculose locale s'étend, se généralise, c'est le bacille, transporté par le torrent circulatoire, qui trouve un terrain favorable dans les points de moindre résistance et s'y développe. On voit de même, d'après M. Sappey, les globules blancs dégénérés partir du foyer cancéreux primitif et, transportés par le sang, venir créer des foyers secondaires en une foule de points.

De part et d'autre, une cachexie profonde termine la scène.

Dans les deux cas, c'est surtout par une bonne hygiène propre à maintenir ou à relever la force de résistance de l'écono-

mie qu'on peut prévenir ou combattre les effets de la prédisposition; il n'est plus possible d'atteindre directement le bacille de la tuberculose que le globule dégénéré de l'affection cancéreuse.

Jusqu'ici l'analogie dans le mode d'être ou d'agir des deux germes morbides est complète; mais ils diffèrent par leur origine : le germe tuberculeux est un microbe et vient du dehors; le germe cancéreux est un élément anatomique simplement dégénéré.

Il est possible que des recherches ultérieures sur l'inoculabilité du cancer soient plus fécondes que celles qui ont été faites jusqu'à ce jour et que l'on trouve ainsi une analogie de plus entre les deux germes morbides. Un pas de plus encore, et l'on découvrira peut-être le microbe du cancer. La doctrine microbienne aura alors remporté une nouvelle victoire, mais sur le terrain scientifique seulement, car, sur le terrain pratique, jusqu'au jour où l'on aura découvert le vaccin du tubercule et du cancer, on devra, suivant la sage conclusion de M. Daremberg, se préoccuper moins des microbes que des malades eux-mêmes.

— On se rappelle que plusieurs facultés de médecine se disputaient l'honneur de posséder l'Ecole de service de santé militaire dont la création était en projet. Un décret daté du 1er octobre institue, non une, mais deux écoles et en fixe le siège à Nancy et à Bordeaux.

Dans l'exposé des motifs qui précède le décret, le ministre de la guerre fait ressortir les inconvénients d'une Ecole unique comme celle qui existait à Strasbourg avant la guerre. Le principal de ces inconvénients était l'insuffisance des éléments d'instruction clinique et anatomique pour le nombre des élèves militaires joints aux élèves civils. Le décret y remédie par la création de deux centres d'instruction en des points opposés du territoire. Nous ne saurions ici entrer dans des détails sur l'organisation des deux nouvelles Ecoles; elles faciliteront certainement le recrutement du personnel médical de l'armée et contribueront à en élever le niveau scientifique. Nous avions, à une époque, plaidé la cause de la Faculté de Nancy, qui réclamait, avec de légitimes droits, la succession de celle de Strasbourg. Nous sommes heureux que ces droits aient été reconnus et n'applaudissons pas moins, pour la seconde Ecole, au choix de la Faculté de Bordeaux, qui offre largement, pour l'enseignement clinique et anatomique, toutes les ressources réclamées par le ministre.

Dr F. de Ranse.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Névrite traumatique du plexus brachial droit. — Atrophie musculaire du membre blessé. — Troubles trophiques (éruption vésiculeuse) de la main droite. — Lésion trophique symétrique du côté sain (main gauche), par M. le docteur S. Pozzi, agrégé suppléant M. le professeur Verneuil (hôpital de la Pitié).

Le blessé (couché au n° 62 de la salle Michon) est un homme vigoureux, âgé de cinquante ans, ne présentant aucun antécédent morbide, sauf des fièvres intermittentes contractées en Afrique en 1851 et qui n'ont jamais reparu après une première atteinte. Le 15 juillet dernier, en courant, il tomba, et le coude porté en avant heurta violemment le sol. Il ressentit aussitôt une très vive douleur dans le petit doigt et l'annulaire, signe évident que le cubital venait d'être contus. En même temps, à peine s'était-il relevé, qu'il constatait que son bras était dévié à angle droit sur le corps et tout à fait paralysé; la main congestionnée était le siège de fourmillements insupportables. Il s'agissait probablement d'une luxation sous-glénoïdienne, qui fut au bout de quelques minutes et après quelques efforts de traction réduite par un médecin. Aussitôt disparut la teinte cyanosée due à la compression des vaisseaux, mais la paralysie qu'avait amenée celle des nerfs persista. Une bosse sanguine assez forte existait au niveau du coude.

Le bras, après la réduction, fut immobilisé par un bandage. Des douleurs très vives continuèrent à s'y faire sentir. Elles s'exaspéraient surtout la nuit et avaient une double forme : d'une part la peau de la main était le siège d'un sentiment de brûlure, de cuisson très intense, symptôme bien décrit par Weir Mitchell sous le nom de *causalgie*. En outre, des élancements douloureux offrant un peu le caractère des douleurs fulgurantes de l'ataxie, s'irradiaient dans tout l'avant-bras et la main. Elles privaient totalement le malade de sommeil; il prétend avoir à peine fermé l'œil durant les trois semaines qui ont suivi l'accident.

Il n'y avait point d'anesthésie, point d'hyperesthésie non plus. Nous constatons actuellement que le tact est un peu émoussé au niveau de la pulpe des doigts.

Ces troubles de la sensibilité se sont fort amendés depuis une quinzaine de jours. Les préparations de noix vomique données en frictions avant l'entrée du malade à l'hôpital étaient restées sans effet; les piqûres de morphine qu'on lui a faites ici au début lui ont procuré un soulagement momentané. Les vésicatoires appliqués largement tout le long du bras n'ont pas en grand effet. De même l'administration de la quinine à la dose de 50 cent. à 1 gr. par jour n'a pas paru sensiblement modifier son état, malgré les antécédents paludiques qui auraient pu donner plus de prise à ce médicament. Mais depuis qu'il est soumis à l'électricité (et grâce aussi peut-être à la simple action du temps) les douleurs ont diminué et même ont presque entièrement disparu, sauf dans la sphère d'innervation du cubital.

Passons aux troubles moteurs.

A l'impuissance totale du membre dans les premiers jours a bientôt fait place une paralysie limitée aux muscles de l'avant-bras et de la main. Ce n'est pas que les muscles du bras ne soient eux-mêmes atteints, mais l'altération de leurs fonctions n'est guère que de la parésie et ne va pas jusqu'à la paralysie. L'élévation du bras, la flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras sont faciles, mais elles s'effectuent faiblement.

Quant à la rotation de l'avant-bras sur son axe (pronation et supination), aux mouvements du poignet, ils sont presque nuls, et ceux des doigts sont *totalement* abolis.

Si des muscles précédents, innervés par les branches terminales du plexus brachial, nous passons à ceux qui sont animés par les branches collatérales, nous trouvons encore une diminution très marquée de l'action des muscles rotateurs de l'humérus (sous-scapulaire, sus et sous-épineux), de ceux qui attirent cet os en avant (pectoraux) ou en arrière (grand dorsal, grand rond). Le rhomboïde est aussi affaibli : lorsque le bras est maintenu élevé, le scapulum est entraîné

notablement en dehors. Mais cet os ne se détache pourtant pas alors dn tronc en forme d'aile, ce qui indique l'intégrité des fonctions du grand dentelé. Quoi qu'il en soit, on le voit, la grande majorité des branches collatérales du plexus a été atteinte.

Ces troubles de la *contractilité volontaire* ont pour corollaires des troubles de la *contractilité et de la sensibilité électriques* dont l'étude est du plus haut intérêt.

A ce point de vue, nous pouvons diviser les muscles du membre supérieur de notre malade en trois groupes :

Premier groupe. — Il comprend les muscles de la main (à l'exception de ceux des muscles de l'éminence thénar qui sont innervés par le médian, et qui se contractent encore faiblement.) — La contractilité et la sensibilité électriques y sont nulles.

Deuxième groupe. — Partie antérieure du deltoïde, sus et sous-épineux, grand et petit pectoral, grand dorsal et grand rond, tous les muscles de l'avant-bras, sans en excepter le cnbital antérieur ni les faisceaux internes des fléchisseurs des doigts (ce qui prouve que les fibres dn cubital qui les animent ont échappé à l'attrition produite au niveau du coude qui a si fort compromis les fibres des muscles de la main).—Sensibilité et contractilité électriques très diminuées, mais non abolies.

Troisième groupe.—Partie postérieure deltoïde, rhomboïde; — la sensibilité électrique paraît intacte, la contractilité seule est légèrement diminuée.

Il faut noter que cette analyse a été faite un mois environ après l'accident, alors que l'atrophie consécutive à la paralysie s'était déjà fortement prononcée. Mais nous savons, depuis les remarquables observations de Duchenne (de Boulogne) que le résultat de l'examen électrique n'eût probablement pas été sensiblement différent au moment même de l'accident. Il eut seulement présenté cet intérêt particulier qu'il aurait permis de prédire le degré exact de l'atrophie à venir pour chaque groupe musculaire. Actuellement, cette atrophie est assez avancée et coïncide avec les indications de l'exploration électrique : elle est complète pour le premier groupe, très marquée pour le second, faible pour le troisième.

Je le répète, dès le début, avant même qne l'atrophie se fût montrée, nous aurions certainement trouvé la même altération de la contractilité électrique qui coexiste maintenant avec la dégénérescence dn tissu dont elle a été le premier indice. Compagne ordinaire, sinon obligée, de la *paralysie volontaire*, cette sorte de *paralysie électrique*, si on peut ainsi dire, offre à l'observateur bien plus d'indications que celle-ci. En effet, la perte de la contractilité volontaire ne se prête à aucune analyse et ne permet pas de saisir de différence entre la paralysie qui durera quelques jours et celle qui durera des mois ; l'action de l'électricité, an contraire, est un merveilleux moyen de dissociation et de diagnostic. Duchenne (de Boulogne) a établi cette grande loi : *La gravité d'une paralysie consécutive à la lésion d'un nerf mixte est en raison directe de l'affaiblissement de la contractilité et de la sensibilité électeiques des muscles auxquels ce nerf conduit l'excitant nerveux.*

Employée dès le début, l'exploration faradique nous aurait donc permis de déterminer le sens dans lequel l'atrophie allait se dessiner le plus fortement. Actnellement elle nous enseigne encore les degrés divers de résistance que rencontrera notre traitement, les étapes que parcourra la guérison. C'est un sujet sur lequel nous aurons à revenir.

Avant d'aller plus loin, nous devons insister sur une autre série de lésions consécutives au traumatisme, à savoir les troubles de la nutrition, qu'on a désignés sons le nom de *lésions trophiques*.

Le premier qni frappe tout d'abord, c'est l'amaigrissement considérable dn membre dans sa totalité. Cette maigreur, il est facile de s'en rendre compte sur cet homme très musclé et nullement chargé d'embonpoint, porte presqu'exclusivement sur les masses charnues. Nous avons vu plus haut quelle était l'échelle progressive de ce dépérissement, qui va en croissant de la racine du membre à son extrémité. Les formes en subissent un changement saisissant. L'épine de l'omoplate fait un relief squelettique entre les deux fosses sus et sous-épineuses, presqu'entièrement décharnées ; plus de saillie deltoïdienne ni bicipitale ; excavation de la face antérieure de l'avant-bras, proéminence de l'épicondyle et de l'épitrochlée dépouillés de leurs masses charnues, attitude tombante de la main avec demi-flexion des doigts sous l'action purement mécanique de la pesanteur et de la rétraction ligamenteuse. Cette main, inerte, est comme amoindrie par la disparition de tout relief. Le métacarpe y dessine son gril, le tégument s'y plisse au niveau de ce qui fut les éminences thénar et hypothénar. En saisissant entre les doigts les parties molles qui remplissent le premier espace inter-métacarpien, on n'y sent que le tégument, sans traces de l'*adducteur*.

La peau du membre paraît plus fine, plus lisse, mais sans offrir cette sécheresse et cet aspect *luisant* qui ont été souvent observés ; les veines s'y dessinent beaucoup moins nettement que sur le membre gauche. Les ongles, nn peu recourbés, ont une sorte d'aspect hippocratique et présentent en outre une teinte bistrée tout à fait curieuse et ne pouvant être attribuée à aucune cause extérieure de nature quelconque, ainsi que nous nous en sommes soigneusement assurés. Les poils n'offrent rien de particulier.

La température locale prise comparativement à deux reprises sur les deux membres thoraciques, à partir du haut dn bras jusqu'à la paume de la main, à l'aide de thermomètres échelonnés symétriquement de distance en distance, a montré une élévation de température allant jusqu'à un degré pour la main du membre atrophié (1).

Ces résultats sont tout à fait inverses à ceux que Weir Mitchell a observés. Cet auteur indique à la vérité qu'il a vu parfois la température s'élever « dans les cas où il existait une lésion de nature irritante entraînant la sensation de cuisson avec aspect luisant de la peau ». Mais ce n'est pas ici le cas. Bornons-nous, sans le discnter, à enregistrer ce symptôme peu commun, en faisant remarquer toutefois qu'il concorde bien mieux que ne le ferait le refroidissement du membre lésé avec les notions fournies par la physiologie ; la paralysie des vaisseaux paraît en effet la compagne toute naturelle de la paralysie des muscles.

Nous avons réservé pour la fin l'indication d'un dernier trouble trophique qui présente un intérêt tout particulier. Lorsqu'on examine la main paralysée, on voit sur toute sa

(1) *Moyenne de deux observations thermométriques.*

	Bras droit.	Bras gauche.	Différence en plus pour le bras malade.
Paume de la main....	36	35	+ 1 degré
Avant-bras..........	34	33,2	+ 0,8
Pli du coude.........	34	33,9	+ 0,1
Face interne dn bras..	35,6	35,2	+ 0,4

surface, tant à la paume que sur le dos et le long des doigts, un très grand nombre de traces de desquamation, disposées sous forme de petites collerettes épidermiques résultant manifestement de la rupture de vésicules et de bulles. Le malade a du reste parfaitement observé cette éruption, mais ne peut dire quand elle a commencé. Elle ne s'étend pas sur l'avant-bras. Elle est plus marquée à la partie interne de la main.

Il n'y a rien là, jusqu'à présent, que d'assez ordinaire. Les *éruptions cutanées*, — *l'eczéma* et *l'herpès traumatiques*, comme on les a appelées, — sont fréquentes et bien connues dans les lésions des nerfs. Mais voici qui l'est beaucoup moins : non seulement la main du côté malade présente ces traces d'éruption, mais il en est de même de la main *du côté sain*. La lésion est si nette qu'elle saute aux yeux pour ainsi dire. Elle est également bornée à la main, et les vésicules crevées y sont disposées irrégulièrement, sans groupement déterminé. Or tout soupçon d'irritation extérieure doit être ici écarté : le malade est depuis un mois dans nos salles ; il n'est exposé à aucun contact qui puisse être incriminé. Enfin il n'a jamais présenté d'éruption eczémateuse auparavant. Nous nous trouvons donc indubitablement ici en présence d'un cas très caractérisé de *lésion trophique symétrique*.

Ce phénomène remarquable a été déjà observé du reste. Weir Mitchell a vu dans un cas unique, — sur le nombre immense de ses observations, — « le membre sain présenter la même éruption vésiculeuse qu'on observait du côté blessé » (1). Annandale a aussi fait connaître l'histoire très intéressante « d'une blessure au doigt qui, après cicatrisation, a donné lieu « à l'aspect rouge et luisant de toute la main correspondante et « de la main du côté opposé. M. Syme pratiqua l'amputation « du doigt ; les symptômes s'amendèrent et disparurent pour « s'accroître et s'exagérer de l'autre côté » (2).

Ce sont les seules observations que j'aie trouvées dans les auteurs. Peut-être en découvrirait-on davantage en faisant des recherches suivies sur ce sujet ; quoi qu'il en soit, les faits de ce genre sont évidemment de la plus grande rareté.

Quelle est la pathogénie de pareilles lésions ?

Il n'en est guère qu'une qui soit plausible. Il faut admettre (comme M. Vulpian le fait pour expliquer le phénomène analogue d'*atrophies musculaires à distance* parfois observées dans les lésions des nerfs) une modification produite sous l'influence de l'irritation des nerfs blessés dans une région plus ou moins étendue de la moelle épinière. L'hypothèse d'un certain degré de congestion ou d'inflammation médullaire au point d'émergence des nerfs du bras droit, propagée aux noyaux d'origine du plexus brachial, est ici d'autant plus facile à accepter que cette transmission est plus directe. — Les expériences de Brown-Séquard ont démontré combien la voie de propagation pouvait être plus longue et plus détournée.

Il est curieux de remarquer que cette modification des noyaux d'origine des nerfs du bras gauche n'ait porté son action que sur les portions de la substance grise présidant à la nutrition, douées en un mot de cette *influence trophique* dont la notion doit remplacer désormais la conception un peu grossière des *nerfs trophiques* de Samuel. En effet, il n'y a dans le membre gauche aucune altération appréciable de la sensibilité et de la contractilité coïncidant avec l'herpès traumatique.

Aucun symptôme ne vient du reste révéler autrement l'altération légère de la moelle. La pression du rachis est tout à fait indolore au niveau du renflement brachial. Il n'y a donc vraisemblablement ici que de la congestion médullaire. Toutefois l'observation remarquable d'Annandale nous montre que l'altération pourrait aller beaucoup plus loin, et, par suite, que ce symptôme n'est pas indifférent pour le pronostic.

Avant de formuler celui-ci sur l'ensemble des symptômes présentés par notre malade, est-il besoin de préciser la nature de la lésion nerveuse qui les a provoqués ? Certainement ce n'est ni une rupture ni un arrachement qu'ont subi les branches du plexus brachial refoulées par la tête humérale luxée, mais bien une contusion, ce que Malgaigne et Empis ont appelé une « commotion ». La violence a dû être particulièrement forte pour amener, après elle un tel degré de *névrite*, car c'est bien à une véritable inflammation des nerfs qu'il faut rapporter tous les troubles névralgiques, paralytiques et dystrophiques observés depuis l'accident.

Il est un nerf qui a été tout particulièrement blessé : c'est cubital, victime à la fois du tiraillement dans le creux axillaire et de la contusion au niveau du coude. Ainsi s'explique l'intensité spéciale des phénomènes morbides observés dans la zone de sa distribution.

Notre blessé guérira-t-il ? Comment et jusqu'à quel degré va s'accomplir sa guérison ?

Disons d'abord que les douleurs névralgiques ont considérablement diminué depuis que le traitement par l'électricité a été commencé. Le malade peut dormir. Un certain degré de cuisson avec picotements douloureux se montre encore à la main et à l'avant-bras, particulièrement au côté interne. Mais tous ces phénomènes paraissent rapidement diminuer et disparaîtront sans doute bientôt. Peut-être, ainsi que Duchenne (de Boulogne) l'a signalé, verrons-nous apparaître, sous l'influence du traitement faradique, une période transitoire d'hypesthésie; mais nous savons, d'après ce même auteur, que c'est plutôt un signe favorable et le précurseur d'une amélioration marquée.

La paralysie et l'atrophie musculaire concomitante ont aussi déjà commencé à s'amender. Cette amélioration se continuera. Bien plus, guidés par le précepte de Duchenne rapporté plus haut, nous avons la prétention de pouvoir d'avance assigner une date à la restauration de chaque groupe musculaire. Le deltoïde et le rhomboïde auront repris leur force en quelques jours. Les muscles sus et sous-épineux, grand et petit pectoral, grand dorsal, grand rond, les muscles du bras et de l'avant-bras seront restaurés dans quatre ou cinq mois. Quant aux muscles interosseux (en y comprenant l'adducteur du pouce qui est véritablement le premier interosseux palmaire au point de vue de son innervation) et aux muscles de l'éminence hypothénar, une année entière peut-être se passera avant qu'ils aient récupéré leur contractilité.

Nous pouvons aller plus loin encore dans la voie des prévisions et prévoir un bien curieux phénomène qui se produira presqu'à coup sûr. Ce manque de parallélisme que nous venons de signaler, cette absence d'isochronisme dans le retour de la vigueur des divers muscles qui meuvent les doigts, donnera sans doute naissance à une difformité qui manque actuellement : *la griffe* ; si bien que, par un paradoxe apparent, le premier stade de la guérison sera une aggravation temporaire.

(1) Weir Mitchell. *Des lésions des nerfs et de leurs conséquences*, trad. franç., Paris, 1874, p. 176.

(2) Annandale. *Malformations of the fingers and toes.* London, 1866, chap. xxv.

Effectivement, au moment où les muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts auront repris leurs fonctions, les interosseux et lombricaux restant atrophiés et paralysés, que va-t-il se produire? Pour le prédire, il suffit de se rappeler l'action des interosseux : extenseurs des deux dernières phalanges et fléchisseurs de la première, ils sont vraiment les modérateurs toniques des extenseurs commun et propre pour les premières phalanges, et des fléchisseurs sublime et profond pour les deux dernières (Duchenne).

Or si la tonicité des extenseurs et fléchisseurs peut s'exercer seule sans le contre-poids que lui donne à l'état normal la tonicité des interosseux, les doigts seront comme pris entre deux tractions en sens contraire, dont le principal effort portera sur les dernières phalanges. Celles-ci restant recourbées par l'action prépondérante des fléchisseurs, les premières phalanges se subluxeront en formant un angle ouvert en arrière avec les métacarpiens ; la griffe sera faite.

Si l'on interrompait alors le traitement, cette difformité pourrait persister peut-être d'une manière indéfinie. Mais par des soins poursuivis avec persistance, nous pouvons espérer que les fonctions du membre tout entier reviendront peu à peu complètement.

Quelques mots sur le traitement ; il s'est tout d'abord surtout adressé aux douleurs et a consisté alors en piqûres de morphine et en vésicatoires, mais nous n'avons pas tardé à nous adresser à l'électricité, qui seule peut à la fois ramener la nutrition à son taux normal dans tous les tissus du membre et rendre aux muscles en train de s'atrophier leur structure, leur volume et leur pouvoir contractile.

Ce sont surtout les courants induits qui remplissent cette dernière indication, ainsi que Duchenne l'a péremptoirement établi. Les règles qu'il a posées sont encore celles qui nous ont guidé dans leur application de l'électricité faradique. Mais un point qu'il avait peut-être trop négligé, c'est l'action adjuvante des courants continus. Elle a été bien mise en relief surtout par Remak et Onimus. Les courants continus agissent surtout sur la nutrition générale et ramènent l'excitabilité des nerfs. Pour les appliquer, nous avons placé sur divers points du membre lésé successivement le pôle négatif, tandis que le pôle positif était mis sur le rachis ou dans l'aisselle au niveau du plexus brachial. Le nombre des éléments employés doit être de 30 à 60.

Cette médication, suivie depuis quelques jours seulement par le malade, a déjà produit de remarquables effets. Chose curieuse, elle paraît avoir tout d'abord agi sur la névralgie qui a presque disparu. Quant aux muscles, ils ont subi une amélioration considérable, frappante surtout pour ceux qui étaient le moins profondément altérés, mais qui n'en est pas moins certaine pour les autres dans un avenir plus éloigné.

REVUE CRITIQUE DE GYNÉCOLOGIE

DES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS.

Depuis l'époque où Récamier vulgarisa l'emploi du spéculum pour le diagnostic des maladies des femmes, un grand nombre d'auteurs se sont occupés des ulcérations du col utérin. Nous croyons inutile de faire ici l'historique de cette question, le cadre d'une revue critique ne comportant pas ce genre de recherches.

Nous ne rappellerons donc pas les hypothèses émises autrefois relativement à la pathogénie des érosions cervicales, ni l'importance plus ou moins grande qu'on leur a accordée à différentes époques. Nous aurons en vue, surtout, les travaux modernes, basés sur l'anatomie pathologique et l'histologie.

Les lésions d'apparence ulcéreuse, qu'on observe sur le segment vaginal de l'organe utérin, sont aussi variées que les états pathologiques dont elles sont la manifestation. Le chancre simple, le chancre infectant, les syphilides, et quelques formes d'éruptions non contagieuses se montrent assez fréquemment dans cette région, où siègent également des ulcérations de mauvaise nature ou cancéreuses. Nous laisserons de côté toutes ces variétés, pour ne nous occuper que des lésions relativement bénignes, liées ordinairement à la métrite, dont elles sont considérées, avec raison, comme un des symptômes objectifs les plus constants. Toutefois, l'aspect ulcéreux du col ne doit pas être *toujours* interprété comme un état pathologique. Si, en effet, on examine un certain nombre de femmes n'éprouvant aucun symptôme morbide du côté de l'utérus, on voit chez la plupart la muqueuse cervicale lisse et d'un rose uniforme sur tous ses points. Mais, pour quelques-unes d'entre elles (une sur 15 ou 20 environ), on observe, dans une étendue plus ou moins grande, autour de l'orifice externe, une surface irrégulière, tomenteuse, d'un rouge vif. Chez les nullipares, cet espace rouge est arrondi, circulaire, augmentant peu quand on presse sur les culs-de-sac vaginaux avec l'extrémité du spéculum. Tandis que, pour les multipares, cette manœuvre exagère considérablement les dimensions de la région paraissant ulcérée, en amenant un renversement des lèvres du col. Cette disposition, obtenue dans ce cas-ci artificiellement et désignée sous le nom d'*ectropion*, peut se produire après l'accouchement, lorsque l'involution des parois vaginales ayant lieu avant l'involution utérine, le retrait du vagin produit une tension exagérée des tissus, et un renversement des deux lèvres du museau de tanche, par un mécanisme comparable à celui qui résulte de la dépression des culs-de-sac par le bec du spéculum. L'apparence ulcéreuse du pourtour de l'orifice externe peut s'observer à tout âge, même chez le nouveau-né, ainsi que l'a dit Fischel. La coloration rouge vif de cette portion plus ou moins limitée, n'est pas due à une perte de substance, à une véritable ulcération, comme on le croyait autrefois, mais bien à une différence dans le revêtement épithélial ; fait qui a été surtout démontré par les recherches de Ruge et Veit, dont nous avons confirmé les résultats, grâce à de nombreux examens histologiques. La coloration rosée et l'aspect lisse et régulier résultent de la présence de l'épithélium pavimenteux, la teinte rouge vif et l'apparence tomenteuse se montrent sur les points revêtus d'épithélium cylindrique. Chez la plupart des femmes, celui-ci tapisse la cavité cervicale jusqu'au niveau de l'orifice externe, où il est remplacé par l'épithélium pavimenteux, tandis qu'exceptionnellement, chez d'autres, la ligne de démarcation est placée plus ou moins loin de cet orifice. Les femmes qui présentent cette disposition, c'est-à-dire celles chez lesquelles les cellules cylindriques se prolongent sur la partie libre du col, sont ordinairement sujettes à un écoulement leucorrhéique, qui n'est que l'exagération de l'état normal ; car, contrairement à ce qui a été avancé par beaucoup d'auteurs, il existe toujours une sécrétion muqueuse du col, dont on voit sourdre le produit épais et *transparent*, même chez les femmes absolument saines. En outre, ces sujets sont probablement plus exposés que d'autres

aux affections utérines, sans qu'on puisse dire pour cela que l'aspect ulcéreux du col constitue à lui seul un état morbide, comme nous le démontrent fréquemment les faits cliniques.

Mais si cette apparence, désignée sous le nom d'*ulcération*, n'est pas toujours une disposition pathologique, et ne s'accompagne d'aucun trouble de la santé générale, il n'en est pas moins vrai qu'elle se rencontre, certainement, avec son plus grand degré de fréquence, comme une des manifestations de la métrite, et les malades présentent alors toute la symptomatologie de cette affection.

Dans les cas de ce genre dont nous avons fait l'examen histologique, on n'observait pas seulement une plus grande étendue du revêtement d'épithélium cylindrique, mais encore des lésions des couches sous-épithéliales et du parenchyme utérin.

A la surface de la portion d'aspect ulcéré, on trouvait, à la place de l'épithélium pavimenteux stratifié, existant le plus ordinairement dans cette région, une couche de cellules cylindriques ou cubiques. En outre, on voyait, de distance en distance, des enfoncements épithéliaux, ressemblant à des diverticulums glandulaires. Par places, il existait encore de rares îlots d'épithélium pavimenteux conservé. Les glandes ou diverticulums étaient tapissés, tantôt d'épithélium cylindrique semblable à celui de la surface, tantôt d'épithélium caliciforme, et, dans ce dernier cas, présentaient une cavité sinueuse, divisée en plusieurs culs-de-sac. Il est important de noter que dans cette partie du col, à l'état normal, on ne rencontre aucun organe glandulaire.

Au-dessous de l'épithélium, on observait, sur les points malades, une épaisse couche d'éléments embryonnaires, et des hémorrhagies interstitielles.

Plus profondément, dans le tissu fibro-musculaire de l'utérus, il y avait également des îlots embryonnaires disséminés, tels que nous les avons décrits dans les premières périodes de la métrite parenchymateuse.

Si on étudiait attentivement les préparations, sur la limite des points en apparence sains et des régions d'aspect ulcéré, il était facile de s'assurer que c'était au-dessous des couches épithéliales encore normales que l'altération commençait, par une infiltration d'éléments embryonnaires, fait d'anatomie pathologique qui a été déjà noté dans les inflammations d'autres muqueuses, de même que les modifications de l'épithélium et son passage d'une forme à une autre sur les points envahis par le processus morbide.

Comme on le voit d'après cette description, les lésions décrites par la plupart des auteurs sous le nom « d'ulcération » n'en ont que l'apparence, d'où la dénomination de *pseudo-ulcération* que nous leur avons donnée.

L'examen histologique dont nous venons de rappeler les résultats doit-il s'appliquer à tous les cas, ou, au contraire, existe-t-il chez d'autres malades atteintes de métrite, de véritables ulcérations s'accompagnant de perte de substance ? Cette question a donné lieu, dans ces dernières années, à une longue discussion entre Ruge et Fischel.

Sans vouloir rappeler les détails de cette polémique, nous émettrons une opinion en rapport avec les faits que nous avons observés ; d'où il résulte que, dans la majorité des lésions dites *ulcérations du col utérin d'origine inflammatoire*, on a affaire à des modifications de tissus et d'épithélium, à des pseudo-ulcérations.

Néanmoins, pour quelques sujets, peut-être selon l'origine de la métrite, il paraît certain que la description que nous avons donnée, et qui se rapproche beaucoup de celle de Ruge et Veit, n'est plus exacte. Nous n'avons pas eu l'occasion de faire l'examen anatomique de cas de ce genre, mais les conclusions du travail de Fischel, et la figure histologique qu'il a annexée à un de ses mémoires, nous paraissent assez démonstratives pour faire admettre l'existence de cette seconde catégorie, où il y avait réellement ulcération.

En tout cas, lorsqu'on veut se livrer à des recherches relatives à ce point d'anatomie pathologique, on doit toujours se méfier des pièces recueillies à l'autopsie. Sous l'influence des modifications cadavériques, l'épithélium se détruit, se désagrège, avec d'autant plus de facilité qu'il repose sur une couche embryonnaire extrêmement friable. Même sur des pièces fraîches, il faut prendre de grandes précautions pour conserver le revêtement épithélial dans les régions en apparence ulcérées. C'est ce qui nous explique les erreurs commises par beaucoup d'observateurs.

Au point de vue clinique, il importe de se bien pénétrer de l'idée, que des lésions d'apparence ulcéreuse peuvent exister, sans entraîner à leur suite aucun symptôme morbide ; à peine doit-on les considérer comme exposant davantage aux affections utérines, les sujets qui en sont porteurs. Quand, au contraire, ces lésions, qu'il y ait ou non ectropion, sont une conséquence de la métrite, les femmes présentent tout le cortège de phénomènes pathologiques qui accompagnent l'inflammation chronique de l'utérus. Dans le premier cas, on ne constate anatomiquement qu'une modification dans les rapports réciproques des couches épithéliales ; dans le second, ces modifications de la surface de revêtement sont associés à des lésions plus profondes qui commencent à se montrer au-dessous de l'épithélium encore normal.

(A suivre.)

DE SINÉTY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er octobre 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

SUR LA PRÉSENCE DE L'ARSENIC DANS CERTAINS VINS EN L'ABSENCE DE MATIÈRE COLORANTE ÉTRANGÈRE. Note de M. A. BARTHÉLEMY.

Un viticulteur du Midi, ayant reçu des plaintes sur son vin, me pria d'en faire l'analyse au mois de juin dernier. Je trouvai, dans l'échantillon qui me fut remis, une dose relativement considérable d'arsenic, en l'absence de toute matière colorante d'origine minérale.

En présence de l'effroi causé par cette révélation qui pouvait faire soupçonner une tentative criminelle, je me décidai, sur la prière du propriétaire, à examiner le vin de son chai. Sur quatre pièces que j'examinai d'abord, trois furent trouvées arsénicales à des degrés très divers ; la quatrième n'offrait rien d'anormal : je remarquai que cette dernière était une barrique neuve, et ce fut pour nous un trait de lumière.

Le propriétaire me raconta, en effet, que pour enlever le mauvais goût que ses pièces vieilles avaient contracté, il les avait lavées à plusieures reprises avec la *drogue*, c'est-à-dire avec l'acide sulfurique plus ou moins étendu. Il me fut aisé de vérifier que le vin de toutes les barriques neuves était dépourvu d'arsenic.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que le vin a été détruit, ainsi que les barriques qui avaient subi ce traitement

La pratique dont je signale ici le danger tend de plus en plus à se répandre dans les campagnes : la drogue se vend chez tous les épiciers.

L'acide sulfurique ordinaire, livré au commerce aux environs de Toulouse, est, depuis quelques années, si arsénical, que j'ai pu en user, dans mes cours, comme source abondante d'arsenic. J'ai souvenir aussi d'avoir été consulté sur le dépôt jaune abondant, obtenu dans des usines à gaz où l'on fabrique le sulfate d'ammoniaque à l'aide de l'acide sulfurique de certaines provenances, bien connues d'ailleurs des chimistes.

Dosage du chloroforme dans le sang d'un animal anesthésié. Note de MM. Gréhant et Quinquaud, présentée par M. Bouley.

Le principe fondamental de la méthode repose : 1° sur la distillation du sang dans le vide, permettant d'obtenir le chloroforme en solution et en vapeur ; 2° sur la propriété que possède ce dernier de réduire d'une manière indirecte la liqueur cupropotassique, lorsqu'on agit à une température de 100°. Pour atteindre le but, il suffit d'extraire l'agent anesthésique par la distillation du sang, de soumettre une quantité connue de liquide distillé et chloroformé à l'action de la chaleur en présence d'un volume tel de liqueur de Barreswil que celle-ci soit réduite sans qu'il y ait excès ni de chloroforme ni de liqueur. Comparant ensuite la quantité de liqueur décolorée à celle que réduit une quantité déterminée de chloroforme en solution titrée, on arrive par une simple proportion à connaître la quantité de chloroforme contenue dans les liquides distillés et partant la proportion que renferme un volume donné de sang.

Nous pouvons, d'après nos recherches, admettre que la dose *anesthésique* est de 1 gr. de chloroforme pour 2 litres de sang environ, ou $\frac{1}{2000}$.

D'autres analyses multiples nous ont également montré que la *dose mortelle* est excessivement voisine de la *dose anesthésique*, ce qui est un danger dans la chloroformisation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre 1883. — Présidence de M. Hardy.

Travaux présentés. — Compte rendu d'expériences d'inoculation de la péripneumonie contagieuse par les injections intra-veineuses, par M. le docteur de Gives, professeur à l'École royale vétérinaire de Kureghen-les-Bruxelles. (Com. MM. Leblanc, Goubaux et Bouley, rapporteur.) — Compte rendu des séances du quatrième Congrès international d'hygiène et de démographie à Genève, déposé par M. Fauvel. — 1° *La vigne et le vin, manuel du planteur de vigne dans les terrains pauvres* ; 2° *Etude générale sur les eaux potables en Sologne, au point de vue de l'hygiène*, par M. le docteur Burdel (de Vierzon), membre correspondant. — Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la garnison de Liège, par M. le docteur Journis, médecin militaire belge.

— Sur l'invitation de M. le Président, M. Legouest donne des nouvelles de M. Jules Rochard. L'état de M. Rochard continue à être excellent, et tout porte à faire espérer que le sympathique blessé va bientôt entrer en convalescence. (Applaudissements.)

— M. le docteur Collongues lit un travail intitulé : *Etude sur l'hygrométrie médicale appliquée à la peau et à ses fonctions* ; il met sous les yeux de l'Académie un appareil qu'il a imaginé pour mesurer l'état hygrométrique de la main, et en tirer des indications relatives au diagnostic, au pronostic et au traitement des maladies.

— M. Giraud-Teulon lit, en réponse à la dernière communication de M. Marey sur le mécanisme de la locomotion, un travail dans lequel il s'efforce de démontrer, contrairement à l'opinion émise par M. Marey, que, dans la marche, le corps, à aucun moment, ne se détache complètement du sol pour se soutenir en l'air.

M. Marey répond en quelques mots qu'il n'est pas admissible de refuser à notre corps la propriété de se soutenir en l'air sans support ; il a cherché à démontrer cette propriété en s'appuyant sur les expériences et sur les indications du dynamomètre ; il invite M. Giraud-Teulon à venir voir de ses yeux ces expériences qui ne manqueront pas d'entraîner sa conviction.

— La séance est levée à quatre heures un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 octobre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Verneuil dépose sur le bureau une brochure sur la *Consolidation des fractures chez les diabétiques*.

— M. Guéniot dépose de la part de M. Schwartz sa thèse d'agrégation, intitulée : *Des différentes espèces de pieds-bots et de leur traitement*.

— M. Chauvel lit un rapport sur une observation de M. Derdignac, intitulé : *Tumeur dermoïde du plancher buccal*.

La tumeur était d'origine congénitale ; à l'âge de vingt ans, elle prit un accroissement rapide et par son volume gênait les mouvements de la langue ; elle était de consistance mollasse, présentait une indolence absolue ; une ponction exploratrice donna issue à de la matière sébacée ; la tumeur fut extirpée et le malade guérit parfaitement.

Une deuxième observation du même auteur est intitulée : *Névralgie de la branche ophthalmique du trijumeau*. Dans une première partie, l'auteur donne l'observation de son malade et fait l'exposé détaillé du zona ophthalmique dont il était atteint ; il y avait chez lui des lésions graves de la cornée, qui s'amendèrent rapidement à la suite du développement d'une double parotidite ourlienne.

Dans une deuxième partie, l'auteur fait quelques réflexions sur cette observation et discute l'influence que la fièvre ourlienne a pu avoir sur les lésions oculaires. Il se demande ensuite si dans des cas de ce genre avec douleurs très violentes l'arrachement du nasal externe ne serait pas indiquée, et il conclut à l'affirmative en fixant l'intervention au moment de l'apparition du chémosis congénital. M. le rapporteur ne partage pas l'avis de l'auteur quant à l'influence de la fièvre ourlienne ; pour ce qui est de l'arrachement du nasal, il pense que pour le pratiquer il faudrait attendre la production de lésions plus profondes.

— M. Desprès fait une communication sur un cas de taille hypogastrique.

Il a fait cette opération chez un jeune homme de vingt et un ans qui portait depuis longtemps un calcul volumineux (145 grammes).

M. Desprès a pratiqué l'opération, quoique le malade eût des urines purulentes et des douleurs de reins. Le procédé employé a été celui de Rousset, et comme pansement, drain dans la vessie, lavage de la plaie à l'acide borique, cataplasmes. Le malade a parfaitement guéri, après quelques alternatives de bien et de mal, et aujourd'hui il est présenté à la Société.

M. Desprès insiste sur le procédé opératoire. L'opération est facile, à condition que l'on se donne suffisamment de jour ; il faut faire à la peau une incision de 12 centimètres, et une de 6 à 7 sur la ligne blanche. On tombe ainsi facilement sur la vessie sans avoir besoin d'employer le ballon de Von Peterson.

La vessie contient toujours une certaine quantité d'urine et elle remonte suffisamment au-dessus du pubis pour qu'on puisse l'aborder. Pour se diriger, il y a l'ouraque qui vient s'étendre en éventail sur le sommet de la vessie ; des deux côtés existe un boursou-

flement qui est le péritoine refoulé par les intestins; enfin il y a un autre bon point de repère, ce sont les veines épigastriques. La hauteur des muscles pyramidaux correspond exactement au point où l'ouraque vient s'insérer à la vessie lorsque celle-ci est à moitié pleine; il faut donc se guider sur ces muscles pour la longueur de l'incision, qui sera ainsi de 7 à 9 centimètres.

Mais il faut s'occuper de faire à la vessie une ouverture suffisante pour laisser passer le calcul; il faut la faire aussi près que possible du pubis et l'agrandir avec des ciseaux droits en haut et en bas; mais il ne faut pas oublier que la vessie prête un peu et que l'ouverture par ce fait peut se distendre pour le passage du calcul.

M. Després a fait cinq tailles hypogastriques sur le cadavre et dans quatre cas il est arrivé très facilement et du premier coup sur la vessie; dans le cinquième cas, le cadavre était celui d'un homme mort avec de l'ascite.

En somme, la taille hypogastrique est une bonne opération, mais qui doit être réservée pour les calculs volumineux.

M. Périer : M. Desprès aurait dû faire sur le cadavre des expériences comparatives en se servant du ballon rectal, et il aurait vu qu'il y a une grande différence et que l'on trouve encore plus facilement la vessie.

M. Terrier demande à M. Desprès dans quel but il a fait des lotions avec l'acide borique.

M. Sée fait remarquer que les muscles pyramidaux sont variables suivant les sujets et qu'ils manquent parfois.

M. Desprès : J'ai employé l'acide borique pour neutraliser l'alcalinité de l'urine; quant à l'absence des muscles pyramidaux, elle est excessivement rare.

— M. Poulet fait une lecture : *Angiôme pulsatile traumatique de la région temporale et du pavillon de l'oreille; insuccès par les injections de perchlorure de fer; guérison par l'extirpation.*

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. Manuel de microscopie clinique avec des instructions sur l'emploi du microscope en médecine légale et sur les opérations d'analyse chimique les plus utiles au praticien, par le docteur G. Bizzozero, professeur de pathologie à l'université de Turin. — Traduit de l'italien sur la deuxième édition par le docteur Ch. Firket, assistant à l'université de Liège. 1 vol. in-8, Bruxelles, H. Manceaux, 1883. — II. Trattato di anatomia patologica e patogenesi, del doctor Ernesto Ziegler, professore di anatomia patologica nell' università di Tubinga. — Traduzione della 2a edizione tedesca riunovala (1882) del doctor L. Armanni, professore d'istologia nella r. università di Napoli.— Parte prima, Anatomia patologica generale. Napoli, V. Pasquale, 1882. Fascicule de 192 p. — III. Elements of histology, by E. Klein, M. D., F. R. S. 1 vol, in-12, Cassel and Co, London, Paris and New-York, 1883. — IV. A Treatise on comparative embryology, by F.-M. Balfour, L. L. D., F. R. S. 2 vol. gr. in-8. London, Macmillan and Co, 1881.

I. — On a souvent dit que le microscope n'est, en clinique, qu'un instrument d'exception. Dans ces dernières années cependant, le développement pris par l'histologie pathologique et les applications directes de cette science, telles que les méthodes d'examen et de numération des éléments du sang, ont augmenté la fréquence des recherches microscopiques faites au lit du malade. La faveur dont jouissent en ce moment les théories microbiennes, entraînant la nécessité de rechercher les organismes parasitaires dans les diverses productions et sécrétions morbides, a fait faire naturellement un nouveau pas en avant, dans l'opinion du public médical, à cette application particulière de l'histologie à laquelle il convient de réserver le nom de *microscopie clinique*. Dans ces conditions, le besoin de posséder sur la matière un livre de technique devenait de plus en plus pressant. L'ouvrage du professeur Bizzozero, largement et savamment annoté par le docteur Firket, est donc venu combler une véritable lacune; il me paraît destiné à rendre de nombreux services aux cliniciens et à prendre dans notre littérature médicale le rang honorable que commande, du reste, le mérite incontestable de ses auteurs.

Le *Manuel de microscopie clinique* développe la série entière des applications du microscope à la clinique. Il est très heureusement complété par un appendice où M. Firket traite de l'étude et de la recherche des microbes. Ce travail de M. Firket, très complet et absolument actuel, devra être lu et consulté par tous ceux qui s'occupent de pathologie microbienne; en le composant, notre jeune et savant confrère a rendu un véritable service. Un autre chapitre très important est consacré à l'étude du sang et de ses altérations. Nul plus que M. Bizzozero n'était capable de l'écrire; il a été cependant très heureusement complété par le traducteur. En effet, l'étude du sang, telle qu'elle avait été faite d'abord par M. Bizzozero, eût paru nécessairement incomplète aux lecteurs français, l'auteur faisant purement et simplement table rase des méthodes de numération de Malassez et du professeur Hayem, et n'exposant que ses propres méthodes colorimétriques. Mais M. Firket a comblé la lacune en exposant clairement les deux méthodes de numération et de colorimétrie devenues classiques dans notre pays. Le clinicien pourra donc choisir entre les divers procédés, et adopter pour certains cas le *chromocytomètre* de Bizzozero, qui, bien que sa gradation soit simplement rapportée à la quantité indéterminée d'hémoglobine considérée *a priori* comme normale, suffit pour se rendre compte des *variations* de cette substance chez un même sujet; notion qui suffit la plupart du temps en clinique.

Il faudrait beaucoup citer encore dans cet ouvrage; tout particulièrement, l'étude des parasites intestinaux nouvellement décrits et les caractères différentiels de leurs œufs, que l'examen microscopique permet de reconnaître dans les selles, y sont l'objet de descriptions intéressantes et minutieuses. L'*anchylostome duodénal*, l'*anguillule intestinale* et l'*anguillule stercorale* dont la signification pathologique n'est pas encore déterminée pourront être aisément distingués si l'on se rapporte à la description qu'en donne M. Bizzozero. On trouvera également de bons détails sur l'*actinomyces*. Ce singulier champignon, qui détermine chez le bœuf les ostéosarcomes à cellules géantes des mâchoires, est capable de se répandre par un mécanisme analogue à la généralisation des cancers; il envahit le pharynx, le larynx, l'estomac et l'intestin, le péritoine, la mamelle, la peau et le tissu conjonctif sous-cutané. Israël a montré que l'actinomycose peut se développer chez l'homme (Berlin, Hirschwald, 1882). Cette démonstration de l'origine parasitaire de certaines tumeurs est, on le conçoit, de toute importance et mérite d'être retenue.

S'il fallait formuler une critique du livre de M. Bizzozero, elle ne porterait pas sur l'ensemble de l'ouvrage ni sur la clarté du texte, mais simplement sur quelques points de détail. Dans un livre de technique destiné à des praticiens, le détail

des manœuvres pour chaque cas particulier aurait dû parfois être mieux indiqué, quitte à le rejeter en notes. Il nous a aussi semblé que l'auteur n'a pas ordinairement pris grand souci des fixations, des colorations, etc., bref, des méthodes histologiques modernes, qui sont cependant d'un si grand secours en histologie normale ou pathologique pour la description des éléments anatomiques. Enfin un chapitre important, celui où M. Bizzozero traite des *cylindres urinaires*, bien qu'emprunté en majeure partie au travail si complet d'ailleurs de Rovida, reste empreint d'une certaine obscurité. Il est vrai que cette obscurité est en partie imputable au sujet lui-même, qui est loin d'être bien élucidé pour le moment, malgré les nombreuses recherches faites depuis que l'on a commencé à appliquer le microscope à l'étude des urines anomales. En résumé, le *Manuel de microscopie clinique* est un livre à la fois clair, complet, présentant exactement sur le sujet l'état de la science. Il sera, je crois, désormais indispensable à tous ceux qui s'occupent de clinique scientifique, en même temps que le praticien y pourra, y devra même puiser fréquemment d'utiles renseignements.

II.—Le premier fascicule du *Traité d'anatomie pathologique* du professeur Ziegler vient de paraître traduit en Italien. Beaucoup de médecins auxquels la langue allemande n'est pas familière le pourront sans doute lire plus aisément sous cette forme; c'est pourquoi je signale ici ce livre intéressant à plus d'un titre, surtout si on le compare aux traités d'anatomie pathologique qui sont aujourd'hui, en France, l'expression des idées et des théories actuelles.

Après avoir traité des monstruosités et des anomalies de distribution du sang et de la lymphe, Ziegler attaque, dans un chapitre vraiment magistral, l'histoire des processus régressifs sous le titre commun de *nécroses*; la définition de ce mot étant : la mort partielle des éléments des organes ou des tissus survenue au sein d'un organisme vivant. Les idées de Weigert sont exposées très clairement dans ce chapitre au paragraphe intitulé : « nécrose par coagulation », terme introduit dans la science par Cohnheim pour désigner un mode spécial de mort sur place des éléments anatomiques, mort survenant consécutivement à la coagulation des albuminoïdes qui font partie intégrante de ces corps eux-mêmes. Dans cette conception, si, dans un organe quelconque, une partie des tissus constitutifs meurt et que cette partie continue à être traversée par une certaine quantité de lympbe, on voit naître un processus particulier de coagulation à l'intérieur des éléments cellulaires. Cette coagulation se produit parce que la lymphe, chargée de substances fibrinogènes, pénètre dans les cellules, les imprègne, et précipite à leur intérieur sous forme de coagulum au contact de la substance fibrinoplastique du protoplasma ou de ses dérivés. La condition nécessaire pour que le phénomène se produise est que la mort de l'élément cellulaire qui va être le siège de la nécrose par coagulation, soit survenue dans des circonstances telles que les albuminoïdes du protoplasma soient restées liquides après que l'élément a cessé de vivre. On lira aussi avec intérêt le court paragraphe consacré à la nécrose « par colliquation », simple modalité de la nécrose par coagulation et qui n'en diffère qu'en ce que les éléments anatomiques, avant de mourir, se sont énormément gonflés et sont devenus comme hydropiques. C'est dans cet état préalablement acquis que les fibrinogènes introduits dans l'élément par la lymphe sont saisis et précipités à l'état de coagulum. J'ai insisté à dessein sur ces détails parce que les idées de Cohnheim et de son élève Weigert sont loin d'être encore vulgarisées en France. Je ferai cependant remarquer que ces anatomo-pathologistes ont parfois beaucoup trop étendu le cadre de la nécrose par coagulation et de ses dérivés; leur école tend à faire rentrer dans ce cadre une série de lésions régressives qui, comme par exemple la tuméfaction trouble, méritent cependant d'être conservées. Ziegler n'a pas été aussi exclusif; il réserve le nom de tuméfaction trouble à « une altération du protoplasma survenant par suite de l'absorption exagérée de liquides, et donnant naissance à la dissociation partielle des parties liquides du protoplasma vivant d'avec les solides ». J'ai vu avec plaisir qu'il était encore licite de prononcer, en anatomie pathologique, le mot de tuméfaction trouble, terme que Paul Unna m'a reproché assez vivement d'avoir conservé dans ma description du processus de la pustule variolique pour que je saisisse l'occasion de faire remarquer que, même en Allemagne, tous les auteurs n'ont pas pour la nécrose par coagulation le même exclusivisme que P. Unna. Certes, ce mode de nécrose a son existence et ses conditions de production propres, mais de là à interpréter les généralisations de Cohnheim et de Weigert dans leur sens absolu, il y a une distance que les anatomo-pathologistes pourront facilement apprécier et que beaucoup, comme moi-même, ne franchiront pas.

Mais le chapitre le plus intéressant du fascicule Ier du traité d'anatomie pathologique de Ziegler est celui où il traite de l'inflammation. Comme les auteurs français, il admet pour la caractériser la nécessité de deux termes principaux : la diapédèse des globules blancs du sang et la prolifération des cellules fixes des tissus intéressés. Le point le plus original est traité dans le paragraphe intitulé : « *La néoformation inflammatoire, la formation des granulations et de la cicatrice, l'hyperplasie inflammatoire du tissu connectif.* » Ziegler distingue, dans les cellules embryonnaires du tissu de granulation, celles qui ne joueront aucun rôle dans l'édification du tissu cicatriciel néoformé et celles qui deviendront des éléments formateurs. Appliquant à ces dernières les résultats acquis dans ses belles expériences antérieures, expériences dans lesquelles il voyait se développer, dans l'intervalle de deux lamelles introduites dans la cavité péritonéale, des éléments épithélioïdes et des cellules à noyaux multiples aux dépens des globules blancs insinués entre les deux verres, il considère la forme épithélioïde comme l'intermédiaire nécessaire entre le tissu de granulation et celui de cicatrice, et la cellule géante comme un accident, une forme particulière de la cellule épithélioïde elle-même. D'*épithélioïdes*, les cellules passent à l'état et prennent la signification de *fibroblastes*. L'auteur adopte à ce propos l'ancienne théorie de Schwann, et fait des faisceaux consécutifs une différenciation de la cellule fibroblastique. De semblables conceptions ont une très haute portée relativement à la façon de comprendre certaines réactions inflammatoires. Elles font notamment rentrer le tubercule dans le cadre des inflammations proprement dites. Les choses s'y passent d'une façon analogue à ce qu'on observe dans les pièges à globules blancs inventés par Ziegler; l'activité formative des cellules migratrices fertiles s'exerce à distance des vaisseaux, en suivant un mode subaigu, et détermine la formation d'éléments épithélioïdes et de cellules géantes. Aussi, dans le livre que nous analysons, l'histoire des néoformations tuberculeuses est-elle un simple annexe de celle de l'inflammation.

Il ne faudrait pas chercher dans le livre du professeur Ziegler le reflet des travaux des savants étrangers à l'Allemagne. Il sera néanmoins consulté avec fruit, car il est l'expression très claire et très exacte des idées générales de l'École allemande actuelle, à laquelle l'auteur appartient naturellement tout entier, et dont il est d'ailleurs, on le sait, l'un des représentants les plus distingués.

III. — Sous le titre d'*Eléments d'histologie*, E. KLEIN offre aux étudiants en médecine anglais un résumé clair et concis de cette science. La description des tissus y est peut-être par trop sommaire, celle des organes ne présente pas ce défaut. La traduction de ce petit livre serait certainement accueillie avec faveur en France, surtout par les étudiants auxquels a manqué jusqu'à présent un manuel court et bien fait, à la fois au courant de la science et dégagé des idées théoriques exclusives particulières aux écoles, et qui sont loin de les intéresser autant qu'elles passionnent leurs auteurs.

IV. — Le premier volume du *Traité d'embryologie comparée* du regretté BALFOUR a été traduit et est connu du public français. Le second volume, entièrement consacré à l'embryologie et à l'organogénie des *Chordata*, c'est-à-dire principalement des vertébrés, doit être signalé comme la partie capitale de l'œuvre au point de vue de la science médicale. Cet ouvrage, non encore traduit de l'anglais, échappe absolument à l'analyse, mais il doit être signalé expressément à l'attention de tous ceux qui s'occupent de médecine scientifique, auxquels il me paraît dès maintenant indispensable.

J. RENAUT.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Spillmann, médecin principal de l'armée, ancien professeur agrégé au Val-de-Grâce et professeur à l'École de médecine d'Alger.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret présidentiel en date du 6 octobre 1883, M. le docteur Jaccoud, professeur de pathologie interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale, vacante par suite du décès de M. le professeur Lasègue.

— Par arrêté ministériel en date du même jour, la chaire de pathologie interne est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

***

FACULTÉS DE L'ETAT. — ORGANISATION DES COURS LIBRES. — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs avec l'ampliation du décret du 24 juillet relatif aux cours libres, une circulaire dans laquelle nous relevons le passage ci-après :

« Pour les Facultés de médecine, elles auront à rédiger un règlement, d'après les principes de celui qui est en vigueur à la Faculté de Paris. Je vous envoie copie de ce document. Elles tiendront compte des conditions locales qui sont différentes selon les villes et que le Conseil supérieur leur a laissé le soin d'apprécier. Ces règlements devront me parvenir au début de novembre. La même disposition s'applique aux écoles supérieures de pharmacie. »

***

CONCOURS POUR ONZE EMPLOIS DE RÉPÉTITEUR AUX ÉCOLES PRÉPARATOIRES DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours sera ouvert au Val-de-Grâce, le 17 décembre 1883, pour onze emplois de répétiteur aux écoles du service de santé militaire.

Deux emplois se rapportent à l'enseignement de la chimie, de la physique et de la matière médicale ; — deux emplois à l'anatomie et à la pathologie externe ; — deux emplois à la physiologie et à la pathologie interne ; — deux emplois à la médecine opératoire et aux accouchements ; — deux emplois à l'hygiène, la thérapeutique et la médecine légale ; — un emploi aux matières de l'enseignement pharmaceutique.

Les épreuves de ce concours sont fixées ainsi qu'il suit :

I. *Chimie, physique et matière médicale.* — 1° Composition sur un sujet de matière médicale ; 2° préparations chimiques ; 3° interrogations sur la physique et la chimie médicales.

II. *Chirurgie et anatomie.* — 1° Composition sur un sujet de pathologie chirurgicale ; 2° préparations anatomiques ; 3° épreuve clinique ; 4° épreuve de médecine opératoire.

III. *Médecine et physiologie.* — 1° Composition sur un sujet de physiologie ; 2° épreuve clinique ; 3° épreuve de micrographie et d'histologie ; 4° interrogations sur l'hygiène et la médecine légale.

IV. *Enseignement pharmaceutique.* — 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle ; 2° épreuve pratique de pharmacie (détermination de plantes et de substances employées en médecine) ; 2° interrogations sur la pharmacie et la matière médicale.

Dans chacune des quatre spécialités, la composition écrite sera éliminatoire.

Le jury d'examen sera composé d'un inspecteur, président, et de deux professeurs ou agrégés de l'École d'application du service de santé, dont l'enseignement correspond le plus aux objets de chaque concours.

***

CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS D'ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours pour l'admission aux écoles préparatoires du service de santé de Nancy et de Bordeaux s'ouvrira à Paris, à Lille, à Nancy, à Lyon, à Marseille, à Montpellier, à Toulouse, à Bordeaux, à Nantes et à Rennes, le 12 novembre 1883, pour l'épreuve écrite ; pour les épreuves orales : à Paris, le 3 décembre 1883 ; à Nancy, le 8 du même mois ; à Lyon, le 12 du même mois ; à Bordeaux, le 17 du même mois.

Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste qui sera ouverte, à cet effet, à dater du 1er novembre prochain, dans les bureaux de MM. les directeurs du service de santé des corps d'armée où seront subies les épreuves écrites.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer dans les bureaux du directeur du service de santé : 1° son acte de naissance dûment légalisé ; 2° un certificat d'aptitude au service militaire ; 3° les diplômes ou certificats de scolarité exigés (ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves).

Chacun d'eux indiquera exactement la ville où il désire passer les épreuves orales, ainsi que son domicile, où lui sera adressée, s'il y a lieu, sa commission d'élève, ainsi que l'école où, du consentement de sa famille, il préférerait être placé en cas d'admission.

Les candidats admis devront être rendus, le 1er février 1884, à l'école pour laquelle ils auront été désignés.

Les épreuves du concours sont fixées ainsi qu'il suit :

Concours en médecine. — Candidats ayant pris une inscription : 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle ; 2° interrogations sur la physique et la chimie :

Candidats ayant pris cinq inscriptions : 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle médicale ; 2° interrogations sur la physique et la chimie médicales.

Candidats ayant pris neuf inscriptions : 1° Composition sur une question de physiologie ; 2° interrogations sur l'anatomie descriptive et sur la physiologie.

Candidats ayant pris treize inscriptions : 1° Composition sur

une question de pathologie générale; 2o interrogations sur la pathologie interne et la pathologie externe; 3o interrogations sur l'anatomie et la physiologie.

Candidats ayant pris seize inscriptions : 1o Composition sur une question de pathologie et de thérapentique médicale; 2o interrogations sur la pathologie externe et la médecine opératoire; 3o interrogations sur la pathologie interne, l'hygiène et la thérapeutique.

Les épreuves ci-dessus spécifiées ont lieu devant un jury composé d'un médecin professeur, d'un médecin professeur agrégé et du pharmacien professeur ou professeur agrégé de l'école d'application du service de santé.

La composition est la même pour chaque catégorie de candidats.

Le sujet en est envoyé par le ministre, sous pli cacheté, au directeur du service de santé de chacun des corps d'armée ci-dessus désignés, qui l'ouvre en séance.

Il est accordé trois heures pour cette épreuve.

Les compositions écrites sont adressées, le jour même, au ministre de la guerre et corrigées par le jury d'admission.

Les candidats qui auront satisfait à cette première épreuve seront seuls admis aux interrogations orales.

L'appréciation pour chaque épreuve est exprimée par un chiffre de 0 à 20.

Le classement général se fait à Paris, après que le jury a terminé ses opérations.

***

Concours de l'internat des hôpitaux de Paris. — Le concours a commencé lundi. Les candidats ont eu à traiter, comme composition écrite, les deux questions suivantes : 1· Région poplitée; 2· Gangrène sénile. Le jury se compose de MM. Blum, J. Championnière, Descroizilles, Huchard, Maygrier, Schwarz et Siredey.

***

Concours de l'externat. — Le concours a commencé mardi dernier. Le jury se compose de MM. Bar, Chauffard, Hanot, Lacombe, Letulle, Quénu et Segond.

***

Concours de prosectorat des hôpitaux. — Les candidats sont au nombre de onze; ce sont : MM. les docteurs Guénard, Coudray, Walther, Labbé, Leprévost, Verchère, Ricard, Assaky, Berne, Pousson et Ménard.

Le jury se compose de MM. Bourdon, Fernet, Marchand, Panas, Marc Sée, Terrier et Tillaux.

***

Asile d'aliénés de Bron (Rhone). — Un concours sera ouvert le 3 décembre 1883, à la Faculté de médecine de Lyon, pour la nomination de deux internes titulaires et de deux externes suppléants appelés à faire le service de médecine à l'asile de Bron du 1er janvier 1884 au 31 décembre 1886.

***

Asile d'aliénés de Maréville. — Un concours public s'onvrira le 21 novembre, à trois heures du soir, à la Faculté de médecine de Nancy, pour la nomination à trois places d'interne en médecine. Les étudiants en médecine qui voudraient concourir doivent avoir au moins douze inscriptions de doctorat et se faire inscrire au secrétariat de la préfecture dix jours au moins avant l'ouverture du concours.

***

Nominations. — M. le docteur Letulle, médecin des hôpitaux de Paris, est nommé médecin-adjoint au lycée Henri IV.

— M. le docteur Nicolas est nommé médecin-adjoint de l'hôpital de Grenoble.

— M. le docteur Caradec fils est nommé médecin de l'hôpital de Brest.

— M. le docteur Ferret vient d'être nommé chirurgien de l'hôpital général de Meaux.

— M. le docteur Brousse est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, en remplacement de M. Baumel, appelé à d'autres fonctions.

— M. Ramakers, délégué dans les fonctions de prosecteur à l'École de médecine d'Alger, est nommé prosecteur.

— M. Poisson, chargé du cours d'anatomie à l'École de médecine de Poitiers, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Fallet, appelé à d'autres fonctions. — M. le docteur Paul Pion est nommé suppléant, pour trois ans, des chaires de pathologie, à la même École.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1882-1883.

418. M. Izoard. Contribution à l'étude de l'entérite muco-membraneuse. — 419. M. Moroux. Etiologie de certains abcès de la paroi abdominale antérieure. — 420. M. Toison. Contribution à l'étude des premiers états du cœur. (Anatomie physiologique.) — 421. M. Camus-Govignon. Des polyhes de l'estomac. — 422. M. Angélot. Sur une forme clioique spéciale de tuberculose dénommée par Isambert tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée. — 423. M. Lefehvre. Saignée dans la pneumonie. — 424. M. Grenet. Des injections intra-péritonéales du sang. — 425. M. Lecointre. Traitement des anévrismes de l'aorte par l'iodure de potassium. — 426. M. Franceschi. Du pemphigus chez les hystériques. — 427. M. de Châteaubourg. Sur l'albuminurie physiologique. — 428. M. Gauthier. De la démence précoce chez les jeunes aliénés héréditaires. — 429. M. Heori Martin. Des tumeurs fibro-plastiques envisagées principalement au point de vue de leur généralisation. — 430. M. Deligny. Contribution à l'étude des ostéophytes de la dure-mère dans la pachyméningite (pachyméningite ostéo-membraneuse). — 431. M. Lacoste. De la suppuration des bourses sérenses et de ses rapports avec la lynphangite. — 432. Mme Wichinsky. De la péritooite puerpérale chez les nouveau-nés. — 433. M. Rigaud. Du traitement des points de côté chez les tuberculeux par les applications du collodion. — 434. M. Aristide Olivier. Du lagophthalmus paralytique et de son traitement par la tarsorrhaphie centrale. — 435. M. Delaux. Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales. — 436. M. Leneveu. De l'utilité de la vivisection. — 437. M. Guillouet. Effets toxiques du « seneico conicida » ou « yerba del perro. — 438. Mlle Benoit. Paralysie spinale infantile. — 439. M. Callais. — De l'ectopie rénale. — 440. M. Joyeux-Laffuie. L'appareil venimeux et le venin du scorpion. — 441. M. Bohéas. Topographie médicale de l'île d'Ouessant (Finistère). — 442. M. Vivien. Essai sur les tumeurs de la voûte du crâne constituée par du liquide céphalo-rachidien. — De la chépalhydrocèle traumatique. — 443. M. Casauhon. Contribution à l'étude de la granulie des synoviales articulaires. — 444. M. Langot-Wulfrane. Les hémorrhoïdes et leur nonveau traitement par la pince-cautère écrasante. — 445. M. de Saint-Martin. De la rupture de la tunique vaginale dans l'hydrocèle. — 446. M. Grégoire. De la paralysie faciale chez les diabétiques. — 447. M. Aubihan. Ostéophyte crânienne chez les femmes enceintes. — 448. M. Doré. Recherches expérimentales sur l'influence de la température des femelles en gestation sur la vitalité du fœtus et la marche de la grossesse.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 28 au jeudi 4 octobre 1883.

Fièvre typhoïde 39. — Variole 4. — Rougeole 6. — Scar-

latine 1. — Coqueluche 19. — Dipthérie, croup 24. — Dysentérie 1. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 37. — Phthisie pulmonaire 188. — Autres tuberculoses 6. — Autres affections générales 67. — Malformation et débilité des âges extrêmes 50. — Bronchite aiguë 19. — Pneumonie 44. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 63, — au sein et mixte 43. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 76. — de l'appareil circulatoire 56. — de l'appareil respiratoire 50. — de l'appareil digestif 59. — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 36. — Causes non classées 4. — Total de la semaine: 937 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Mémoire d'ophtalmoscopie (Chorio-rétinite spécifique), par le docteur J. Masselon, premier chef de clinique du professeur de Wecker, 1 vol. in-8 de 16 pages avec 12 dessins photographiques. — Prix : 4 francs. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Des Préjugés populaires dans les maladies de l'enfance et en particulier dans le Morvan, par le docteur A. Legendre, médecin cantonal, lauréat de la société protectrice de l'enfance de Paris. — Prix : 1 fr. 50. — Librairie Germer-Baillière et Cie, 108, boulevard Saint Germain.

Quelques réflexions sur la maladie de M. le comte de Chambord, par le docteur Seurre (de Saint-Germain-en-Laye). in-8. — Prix : 50 c. — Librairie A. Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Action de l'eau minérale de Contrexéville chez les calculeux, étudiée au point de vue du diagnostic de la pierre et du résultat ultérieur des opérations, par le docteur Jules Brongniart, médecin consultant à Contrexéville, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-8 de 90 pages. — Prix : 2 francs. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De la délivrance par tractions et par expression, par le docteur Alban Ribemont-Dessaignes, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, ancien maître de conférences d'accouchements, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital Tenon, 1 vol. in-8 de 145 pages avec 8 figures et 14 tracés. — Prix : 4 francs. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De la spontanéité dans les virulences et dans les épidémies, sa nécessité on la peste d'Astrakan, par le docteur Falin. — Paris, 1883, in-8 de 79 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

De la folie a double forme (circulaire-alterne), par le docteur Ambr. É. Mordret, médecin en chef de l'asile d'aliénés de la Sarthe. mémoire récompensé par l'Académie de médecine. — Paris, 1883, 1 vol. in-8 de 255 pages. — Prix : 6 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19 rue Hautefeuille.

De l'eczéma et de son traitement, par le docteur Puy-le-Blanc, médecin-consultant aux eaux de Royat, in-8 de 56 pages. — Prix : 1 franc. —

Des formes diverses d'épidémies puerpérales, par le docteur Charles Maygrier, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, chef de clinique d'accouchement de la Faculté de médecine, accoucheur des hôpitaux. Un volin-8 de 108 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

54e année. 6e série. Tome V. N° 42 20 OCTOBRE 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE ;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN ;**
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

AVIS

Une transposition d'alinéas a rendu incompréhensible, dans le dernier numéro, le travail de M. Pozzi sur un cas de NÉVRITE TRAUMATIQUE DU PLEXUS BRACHIAL DROIT. *L'erreur est rectifiée dans le supplément ci-inclus, et les lecteurs sont priés de substituer les quatre pages de ce supplément aux quatre pages du précédent numéro qui portent les mêmes folios (487-488-493-494).*

Paris, le 18 octobre 1883.

ORIGINE DE LA VACCINE. — CHORÉE LARYNGÉE. — EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES SUR UN CAS D'ECTOPIE DU CŒUR.

La question de l'unicité ou de la dualité de la vaccine et de la variole est une de celles qui ont soulevé le plus de discussions et provoqué le plus d'expériences ; elle n'est cependant pas encore résolue, tant sont complexes et difficiles les problèmes de biologie.

Jusqu'à présent les expériences de la commission lyonnaise ont donné plus de crédit à la théorie dualiste. Elles ont démontré d'abord, on se le rappelle, que le vaccin, le cow-pox et le horse-pox proviennent d'un même virus et doivent ainsi être identifiés. Ce virus, en effet, peut être pris indistinctement sur l'une des trois espèces en présence, espèce humaine, espèce bovine ou espèce chevaline ; reporté sur les deux autres, il reproduit la maladie avec les caractères particuliers à chacune d'elles. En d'autres termes, le vaccin humain engendre par inoculation le cow-pox chez le bœuf, le horse-pox chez le cheval, et *vice versâ*.

Mais, par contre, la variole de l'homme inoculée au bœuf ne lui donne pas le cow-pox ; inoculée au cheval, elle ne donne pas davantage le horse-pox à celui-ci ; elle reste partout et toujours la variole, rend les animaux inoculés réfractaires à la vaccine et, reportée à l'espèce humaine, reproduit la variole avec tous ses caractères.

On est donc autorisé, par ces expériences, à admettre deux espèces morbides, deux virus distincts, le virus vaccin et le virus variolique.

Cependant les récentes recherches sur l'atténuation des virus ont relevé les prétentions des unicistes. Leur théorie, soutenue avec un grand talent par M. Depaul dans la mémorable discussion académique de 1863, a trouvé en M. Warlomont, de Bruxelles, un défenseur non moins convaincu. Notre savant confrère a développé ses idées dans un ouvrage remarquable (*Traité de la vaccine*) dont il sera prochainement rendu compte à nos lecteurs, et il est venu, mardi dernier, les affirmer à la tribune de l'Académie de médecine.

M. Warlomont admet d'abord sans conteste que la variole, comme toutes les maladies virulentes, est une affection parasitaire. Or, ajoute-t-il, de même que, dans des milieux artificiels, on obtient une atténuation progressive du microbe d'un virus et l'on crée ainsi des races de microbes conservant cette atténuation de la virulence, de même le microbe de la variole, en passant successivement dans des milieux naturels et vivants, puis faisant retour à l'espèce humaine, perd de son activité, et le virus variolique modifié, atténué, se transforme ainsi en vaccin. Poussant plus loin l'analogie, M. Warlomont suit les étapes de l'atténuation du virus variolique et, rappelant, d'un côté, que le horse-pox est plus énergique que le cow-pox, d'un autre côté que, suivant la tradition jennérienne, celui-ci procède de celui-là, notre savant confrère fait remarquer que la température de l'homme étant en moyenne de 37°,5, celle du cheval est de 38°,25 et celle du bœuf de 39°. Le microbe de la variole, en passant de l'organisme de l'homme dans celui du cheval, puis dans celui du bœuf, subirait ainsi une déchéance analogue à celle que subit la bactéridie charbonneuse dans des bouillons de culture dont on augmente le degré de calorification. Il faut reconnaître que l'idée est tout au moins ingénieuse.

Mais que peut une idée contre un fait démontré ? Les expériences de la commission lyonnaise sont toujours là : la variole humaine, après son passage dans l'organisme du cheval et du bœuf, revient avec tous ses caractères de variole.

Une seule objection était possible, et M. Warlomont n'a pas manqué de la faire. Dans les expériences de la commission lyonnaise, on a transmis par inoculation la variole aux animaux. Or la modification subie par le virus dans le territoire restreint de la partie inoculée ne saurait être comparable à celle qu'il doit subir dans l'économie animale tout entière. On ne saurait donc rien conclure tant qu'on n'a pas réalisé une semblable condition en injectant le virus variolique dans les veines, dans les lymphatiques, dans le tissu cellulaire ou en le faisant absorber, sous forme de poudre fine, par la voie pulmonaire. « Si de ces injections ou de cette contamination, dit notre confrère, sort la variole, la thèse de l'unicité attendra encore sa démonstration. Que s'il en résulte la vaccine, oh ! alors la grande querelle sur l'origine de la vaccine sera terminée du coup ; la vache et le cheval ne seront plus que les laboratoires où la nature se charge d'atténuer elle-même les germes dont elle a besoin pour l'œuvre de prophylaxie imaginée par le génie de Jenner. »

M. Warlomont a donc entrepris des expériences dans ce sens et, avec une franchise qui l'honore, il déclare qu'elles ne lui ont donné que des déceptions. Notre savant confrère n'a perdu encore ni sa foi ni son courage, mais la conclusion logique de sa communication, comme celle du chapitre de son livre relatif au même sujet, est, pour emprunter ses propres expressions, « que la thèse de l'unicité attend encore sa démonstration ».

— M. Blachez a communiqué à l'Académie deux faits intéressants dans lesquels il a observé, chez deux petits garçons, issus de parents arthritiques, une toux nerveuse, une sorte d'aboiement rauque assez semblable aux phénomènes du même genre qu'on rencontre dans l'hystérie. L'état antérieur ou actuel des jeunes malades pas plus que leurs antécédents héréditaires ne permet de les considérer comme des hystériques, et M. Blachez voit plutôt dans ces deux cas des exemples de chorée limitée au larynx, ou plutôt aux muscles de l'appareil phonateur. A ce point de vue, l'expression de *chorée laryngée* proposée par notre savant confrère laisse un peu à désirer. Cette localisation de phénomènes spasmodiques à un groupe musculaire se rencontre encore assez souvent. Nous avons récemment donné des soins à deux malades, un monsieur et une dame, chez lesquels le spasme affectait les muscles masticateurs.

— La communication de M. Marey, à propos de la malade atteinte d'ectopie du cœur et présentée à l'Académie de médecine par M. Tarnier, est une page intéressante de physiologie dans laquelle le savant professeur du Collège de France montre l'accord des données fournies par l'expérimentation animale avec les notions qui se dégagent de certains faits de pure observation. Nous ne saurions mieux faire que de la mettre *in extenso* sous les yeux de nos lecteurs.

Dr F. DE RANSE.

PHYSIOLOGIE

Ectopie congénitale du cœur, par M. Marey, professeur au Collège de France.

Dans la séance du 31 juillet dernier, M. Tarnier présentait à l'Académie une femme qui venait d'entrer dans son service, à l'hôpital de la Maternité. Cette femme, bien portante du reste, et enceinte pour la seconde fois, présentait un cas singulier de malformation congénitale.

Les membres de l'Académie qui étaient présents à cette séance ont pu voir que, sur cette femme, le sternum est bifide, la ligne blanche largement éraillée jusqu'à l'ombilic, le diaphragme divisé dans sa partie antérieure, de sorte que le cœur bat sous la main dont il n'est séparé que par une couche mince de parties molles que recouvre une peau lâche, ridée et chargée de pigment.

Les ventricules sont petits, leur grand axe est dirigé verticalement, ils pendent pour ainsi dire vers la cavité abdominale.

Lorsqu'on explore par la palpation la région épigastrique, on trouve, au-dessus d'une hernie ombilicale, une éventration de forme circulaire, dont l'ouverture présente environ 7 centimètres de diamètre. Plus haut encore, l'espace triangulaire dans lequel on sent battre le cœur.

Cet espace est limité en haut par la fissure sternale, sur les côtés de laquelle descendent en divergeant les cartilages costaux soudés entre eux. La partie supérieure du sternum reste seule intacte ; elle offre une longueur de 8 centimètres. En bas, l'ouverture triangulaire, dans laquelle le cœur bat, est limitée par une bride fibreuse formant le bord supérieur de l'éventration ci-dessus décrite.

A la partie inférieure de ce triangle, la main peut s'engager derrière les ventricules en refoulant les téguments. Elle sent alors deux tractus fibreux qui, de la partie postérieure des ventricules, semblent se porter en arrière vers le centre phrénique. Ces brides empêchent la main de s'engager assez profondément pour atteindre la face postérieure des oreillettes.

Toutefois la région ventriculaire du cœur est à peu près entièrement accessible ; on la saisit entre les doigts et l'on peut ainsi l'explorer dans toute son étendue.

Au point de vue tératologique, il ne s'agit donc pas, à proprement parler, d'une ectopie du cœur, mais d'une division du sternum et du diaphragme qui permet au cœur de s'abaisser jusque dans la région épigastrique, au lieu de reposer comme d'ordinaire sur la surface du diaphragme.

Il est probable que, sauf cette ouverture, le reste de la poche péricardique est intact, sans quoi les mouvements respiratoires imprimeraient de grands déplacements aux parties molles de la région épigastrique, et le mécanisme de l'effort serait impossible chez cette femme, tandis qu'il peut se produire avec une grande énergie.

Les cas de ce genre semblent assez rares : la plupart de ceux qui ont été signalés par les tératologistes appartiennent à des fœtus non viables.

Toutefois, on a observé sur le vivant la division du sternum avec ou sans perforation du diaphragme.

Ainsi, en 1855, vint à Paris un jeune homme nommé Groux, chez qui le sternum était divisé dans sa moitié supérieure. La région des oreillettes et l'origine des gros vaisseaux étaient accessibles à la palpation. Beaucoup de médecins de France et de l'étranger ont examiné ce sujet, chez qui l'étroitesse de la fente sternale à sa partie inférieure et la tension des parties molles qui couvraient cette région rendaient impossible la palpation des ventricules.

En 1877, le docteur Klée, de Ribeauvillé (Alsace), m'écrivit pour m'inviter à aller voir à Colmar une femme dont on sentait le cœur battre à travers la peau. C'était un cas très analogue à celui qui fait l'objet de ce rapport. Il s'agissait d'une femme de 24 ans, offrant à un degré encore plus complet les malformations que nous observons aujourd'hui sur le malade de M. Tarnier. Même éraillure de la ligne blanche, même ouverture du diaphragme, même possibilité de refouler la peau et de saisir dans la main la masse ventriculaire.

Ne pouvant quitter Paris à cette époque, je confiai à M. le docteur François-Franck, mon préparateur au Collège de France, la mission de se rendre à Colmar et d'y examiner cette femme. Il rapporta de ce voyage des documents fort détaillés sur les résultats de son exploration, et les publia la même année, dans les comptes rendus des travaux de mon laboratoire.

La femme présentée par M. Tarnier offre une ressemblance avec celle dont il vient d'être question ; le cœur, toutefois, est chez elle moins accessible dans sa partie supérieure ; les oreillettes échappent plus complètement à l'exploration. Mais la facilité avec laquelle on voit les ventricules battre, la pos-

sibilité de les saisir entre les mains et de les explorer en tous sens, rendent ce cas extrêmement précieux pour la démonstration de certains points de la physiologie du cœur.

Un premier examen, fait au moyen de l'*auscultation*, montre que le cœur de cette femme fonctionne à peu près normalement. On entend, toutefois, un souffle systolique assez intense et prolongé, siégeant à la base du cœur et qui paraît tenir à l'étroitesse de l'orifice aortique. On ne trouve, d'ailleurs, dans les antécédents de cette malade, aucune des maladies qui déterminent ordinairement les affections organiques du cœur.

Signes fournis par la vue et le toucher quand on examine la région précordiale. — Les ventricules apparaissent sous la peau comme une tumeur dont le volume varie constamment; tour à tour cette tumeur se gonfle et se resserre. Or, si l'on s'en rapporte au seul examen par la vue, on éprouve une impression qui tendrait à faire admettre que c'est la large expansion des ventricules qui donne naissance au battement du cœur. C'est la même apparence qui avait fait croire à notre collègue Beau que le battement du cœur est l'effet de la diastole ventriculaire. Cette impression, Beau l'avait éprouvée en observant le cœur mis à nu de la grenouille, et en avait déduit une théorie qui, pendant bien des années, a recruté des adhérents aux dépens de la théorie classique fondée par Harvey.

La raison qui avait le plus contribué à répandre la théorie de Beau, c'était l'insuffisance des hypothèses par lesquelles les partisans de la théorie d'Harvey cherchaient à expliquer le choc du cœur pendant la systole des ventricules. Pour certains auteurs, l'action oblique des fibres ventriculaires amenait une torsion de la pointe du cœur, et celle-ci venait battre contre la paroi thoracique (Borelli, Parchappe, Bérard, Verneuil); d'autres voulaient trouver dans le redressement de la courbure de l'aorte, au moment où ce vaisseau se remplit de sang, la cause d'une impulsion du cœur en avant (Sénac, J. Hunter); d'autres, enfin, admettaient qu'au moment où le sang jaillit dans les artères, le cœur recule à la façon d'un arme à feu ou d'un tourniquet hydraulique (O'Brian, Gutbrod, Hiffelsheim).

Et pourtant, dès l'année 1835, les médecins du comité de Dublin avaient signalé un phénomène qui rendait inutiles toutes ces hypothèses, en montrant la vraie cause du battement du cœur. Ils avaient vu que, pendant leur diastole, les ventricules sont mous et se laissent déprimer par la pression du doigt, tandis que, pendant leur systole, ils durcissent et repoussent énergiquement le doigt qui les déprimait.

Cinq ans après, les médecins du comité de Londres observaient que, sur les grands mammifères, un poids d'un kilogramme est aussi repoussé par la systole des ventricules.

C'est qu'il faut recourir au toucher pour comprendre la nature véritable du battement de cœur, et qu'il n'était pas logique de demander à la vue toute seule l'explication d'un phénomène tactile: le battement que le doigt perçoit dans la région où le cœur est en contact avec les parois de la poitrine.

Sur la femme présentée par M. Tarnier, on peut, avonsnous dit, éprouver l'illusion d'où est sortie la théorie de Beau, mais on arrive aisément à rectifier cette illusion par le toucher. En effet, aussitôt que le doigt s'applique sur la paroi ventriculaire, on constate, sans aucun doute possible, que c'est au moment où les ventricules diminuent de volume et durcissent que le doigt est fortement repoussé. C'est donc bien la systole qui produit le battement.

Un autre point insuffisant des théories anciennes, c'est qu'elles restreignaient à la pointe du cœur le phénomène du battement. Celui-ci au contraire, se perçoit sur tous les points de la surface des ventricules, depuis la pointe du cœur jusqu'au sillon auriculo-ventriculaire; sur la face antérieure des ventricules, aussi bien qu'en arrière et sur les côtés. Si, dans les conditions normales, c'est la pointe du cœur qu'on sent battre, cela tient à ce que toutes les autres régions des ventricules sont inaccessibles à l'exploration du doigt.

Sur notre malade, lorsqu'à travers la peau on saisit dans la main la masse des ventricules, on constate qu'il est indifférent d'explorer tel ou tel point de leur surface, mais que le battement se perçoit également bien partout où le doigt déprime un point de la paroi ventriculaire.

Toutefois, comme la sensibilité tactile a ses limites, on ne peut guère demander au toucher que ces renseignements sommaires sur la nature du battement de cœur. C'est aux appareils inscripteurs qu'il faut recourir pour analyser plus complètement les détails de ce phénomène. Ces appareils montrent comment les phases de la pulsation du cœur traduisent à l'extérieur les changements qui surviennent dans la pression du sang à l'intérieur des ventricules et renseignent, par cela même, sur la manière dont s'accomplit la fonction mécanique du cœur.

Renseignements fournis par l'inscription de la pulsation ventriculaire. — L'Académie n'a peut-être pas oublié qu'en 1863, j'ai eu l'honneur d'exposer devant elle les résultats d'expériences faites avec la collaboration de notre collègue M. Chauveau, dans le but de déterminer, au moyen d'appareils inscripteurs, la succession et les phases des différents actes d'une révolution du cœur. De ces expériences, que l'Académie a favorablement accueillies, ressortait cette conclusion : c'est qu'il faut renoncer à l'expression de *choc* pour désigner la sensation tactile qu'on éprouve en palpant la région précordiale, mais que le nom de pulsation doit être préféré, parce qu'il fait saisir l'identité de nature de la pulsation du cœur et de celle des artères. De part et d'antre, le doigt éprouve, à travers une paroi souple, la sensation de la pression plus ou moins forte du sang contenu dans une cavité.

Comme corollaire de cette théorie, il était évident que, si l'on applique un manomètre inscripteur sur une artère, on doit obtenir, comme tracé des variations de la pression du sang, une courbe identique à celle que trace un sphygmographe appliqué sur ce même vaisseau. C'est, en effet, ce que l'expérience a démontré.

D'autre part, les expériences cardiographiques faites sur les grands mammifères ont fait voir pareillement qu'une sonde manométrique, plongée dans le sang d'un ventricule, y subit des variations de pression dont les phases sont pareilles à celles de la pulsation du cœur. Ces phases ont été représentées dans le mémoire publié aux bulletins de l'Académie; on les retrouve avec tous leurs détails sur une première figure que je place sous les yeux de l'Académie, et qui représente deux tracés de la pulsation du cœur recueillis sur la malade de M. Tarnier.

Pour cet examen, nous nous sommes servis d'un *polygraphe clinique* dont les explorateurs avaient été légèrement modifiés dans le but d'atteindre plus facilement la face postérieure des ventricules.

Deux explorateurs de la pulsation étant placés en même temps, l'un sur la paroi du ventricule droit, l'autre sur la pa-

roi du ventricule gauche, on recueillit en même temps les deux tracés. Ils sont parfaitement synchrones et ne diffèrent que par leurs amplitudes : la pulsation du ventricule droit est plus faible à cause de la moindre pression que le sang éprouve dans cette cavité.

Le synchronisme d'action des deux ventricules est admis aujourd'hui par tous les médecins. On se souvient, toutefois, que, dans certains cas pathologiques, des médecins éminents ont cru pouvoir expliquer certaines redoublements des bruits du cœur par l'action successive des deux ventricules. Notre malade a montré, dans certains expériences, que, même pendant les perturbations du rythme du cœur, les deux ventricules conservaient leur synchronisme. Quand, par exemple, on comprimait un peu fortement la base des ventricules, on amenait un redoublement des mouvements du cœur. Deux systoles se produisent à court intervalle, puis, après un repos assez long, deux autres systoles rapprochées s'observent encore. Ce trouble dure cinq ou six secondes, puis le rythme normal se rétablit. Or, même pendant ces perturbations, les deux ventricules ont gardé leur synchronisme fonctionnel.

(A suivre.)

PATHOLOGIE INTERNE

UN CAS DE RÉCIDIVE DE ZONA,

par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Les cas de récidive du zona sont tout à fait exceptionnels dans les annales de la science.

Le professeur Oscar Wyss en a cité un cas (ARCHIV FÜR HEILKUNDE, t. XII), le professeur Neumann (de Vienne) dit en avoir également vu un (*Traité des maladies de la peau*, traduction Darin, p. 189). M. Moritz Kaposi en aurait aussi observé un exemple, mais il s'agirait plutôt ici d'un zona à rechutes que d'une vraie récidive du zona, car ce zona du bras droit, après avoir récidivé une première fois, cinquante-quatre jours après la guérison, récidiva encore plusieurs autres fois (1).

Dans mon mémoire sur le zona, j'ai rapporté moi-même une observation de zona récidivant (2), recueillie en 1869 dans le service de M. le professeur Hardy qui voyait pour la première fois un fait de récidive de cette maladie. Il s'agissait d'un jeune homme de dix-sept ans qui présentait un zona du thorax (du côté droit), à la même région où dix ans auparavant il avait eu un premier zona (3).

(1) WIENER MED. WOCHENSCHRIFT, 1874, p. 130, et 1875, no 33.

(2) *Le Zona*, Paris, 1882, p. 165.

(3) Dans l'intéressante leçon que M. Landouzy vient de consacrer au zoster, on lit, après la relation d'un fait de zona fébrile observé chez une femme, les lignes suivantes (SEMAINE MÉDICALE du 20 septembre 1883, p. 245-246) : « Notre femme ne recommencera pas plus sa fièvre zoster que les seize malades que j'ai, au point de vue de la non-récidive, minutieusement interrogés depuis cinq ans, époque à laquelle, étant chef de clinique de M. Hardy, j'avais tenu à savoir de l'immense pratique dermatologique de mon maître si le zoster récidivait. La réponse à cette question m'intriguait fort et m'intéressait singulièrement, pour des raisons que je vous dirai longuement tout à l'heure... » — « Le zona ne récidive pas, me « répondit M Hardy ; s'il réapparait, c'est exceptionnellement, car « je n'ai guère vu en tout que deux ou trois récidives. »

« Retenez d'autant plus, messieurs, cette réponse, que le fait singulier, étonnant, de la nontrécidivité du zona n'est pas signalé dans vos livres classiques : je m'en suis assuré par de longues et patientes recherches. Les seuls renseignements explicites que vous puissiez avoir sur ce point, vous les trouverez (et cela avec une unanimité que je vous prie de remarquer) dans Neumann, dans Moritz Kaposi, dans l'importante monographie de P. Fabre et dans Louis-A. Duhring. Le premier de ces auteurs dit : « Les récidives de l'herpès zoster nous paraissent exceptionnelles », et le second s'exprime en ces termes : « Un fait digne de remarque, « c'est que le zoster ne survient ordinairement qu'une seule fois « sur le même individu. On ne trouve dans la littérature médicale « que deux cas de zona survenus deux fois sur le même sujet, et, « dans ces deux cas, ce n'est pas le même médecin qui les a observés. »

Dans les annotations dont ils ont enrichi leur traduction des *Leçons sur les maladies de la peau*, de M. Kaposi, MM. Besnier et Doyon ont constaté de leur côté la rareté des récidives du zona : « L'unicité du zona est tout à fait inexplicable dans la théorie trophique; elle est cependant absolument exacte; nous n'avons jamais observé de récidive de zona, et le professeur Hardy, dont nous avons interrogé la vaste et longue expérience, en a à peine vu deux ou trois exemples, c'est-à-dire que le *zona récidive* infiniment moins que la variole ou la scarlatine. Voilà assurément qui est de nature à susciter plus d'une réflexion et qui ne peut être réellement compris dans l'état actuel de la science. » (T. I, p. 418.)

Ayant eu l'occasion de voir un zona du thorax (à gauche) chez un homme que j'avais soigné seize mois auparavant pour un zona lombo-fémoral du côté droit, j'ai cru intéressant d'en publier l'observation :

Observation. — L... J..., né en 1815, occupe, à 1 kilomètre 1/2 de Commentry, un petit logement composé de deux pièces au rez-de-chaussée. C'est un ancien tuilier, grand, vigoureux, très velu, qui avait joui toute sa vie d'une excellente santé, lorsqu'au mois de mars 1879 j'eus à le soigner pour une pneumonie franche siégeant du côté gauche et qui guérit sans complication.

Au mois de juillet 1880, sans qu'on eût pu soupçonner le moindre ictus apoplectique, L... J... étant venu me consulter pour une céphalalgie opiniâtre, je remarquai une déviation de la commissure labiale, un peu de blépharoptose à l'œil droit, un léger embarras de la parole, et, poussant plus loin l'examen, je constatai un affaiblissement musculaire assez marqué dans tout le côté droit du corps.

Il y avait de la constipation ; les pieds étaient froids. Je prescrivis des pilules écossaises, des pédiluves sinapisés, et, faisant part à mon client de toutes mes appréhensions, je le mis sur ses gardes, si bien que ce premier degré d'hémiplégie, loin d'augmenter, est allé s'effaçant.

Le 14 avril 1881, L... J... venait me trouver, accusant des douleurs assez vives au tiers supérieur de la cuisse droite en dedans et en arrière, au niveau d'un point récemment contusionné par une chute sur une chaise renversée. On apercevait encore une ecchymose jaunâtre ; je prescrivis l'application de cataplasmes arrosés d'eau blanche et de légères frictions avec du baume tranquille.

Le 26, L... J... me faisait appeler souffrant beaucoup. La douleur siégeait surtout aux lombes, où je vis une large plaque, oblongue, couverte de vésicules. A la face antérieure et interne de la cuisse droite, allongée obliquement, on remarquait un groupe de taches érythémateuses Je fis une application de collodion riciné.

Le 29, tandis que la plaque lombaire était presque guérie et recouverte d'une croûte sèche, les taches qui contournaient la cuisse en avant et en dedans étaient devenues vésiculeuses. L... J... avait des élancements depuis les lombes jusqu'au genou. Je conseillai des onctions avec de l'huile d'amandes douces, à la suite desquelles on devait saupoudrer avec de la poudre d'amidon.

Les douleurs disparurent rapidement, et, quelques semaines après, il ne restait plus de traces de ce zona lombo-fémoral.

A la fin du mois d'octobre 1881, je soignai L... J... pour une pneumonie du côté droit qui mit ses jours en danger. La convalescence fut lente. Mais enfin le rétablissement était complet depuis plusieurs mois, lorsque, le 12 août 1882, mon client me revenait se plaignant d'un point très douloureux sous l'omoplate gauche. L'auscultation ne put rien déceler. Je lui fais mettre un emplâtre de thapsia sur le point douloureux.

Le 19 août, l'éruption produite par le thapsia était à peu près disparue, et cependant les douleurs étaient atroces. Elles suivaient, sous forme d'élancements, tout le côté gauche de la poitrine depuis les dernières vertèbres dorsales jusque sous le mamelon. Il avait passé plusieurs nuits sans dormir. Je fis une injection de chlorhydrate de morphine (environ 2 centigrammes).

Le 20, les élancements ont persisté. Je constate l'apparition de quelques taches érythémateuses. Je conseille de saupoudrer ces rougeurs avec de la fécule.

Le 21, la nuit a été affreuse. Sous l'aisselle, je constate l'apparition de vésicules sur une des plaques érythémateuses qui existaient déjà hier.

Le 22, on me fait appeler à six heures du matin. Le pouls est à 104. Les vésicules de la veille qui recouvrent la plus grande plaque (sous la région axillaire) sont très volumineuses, assez confluentes, d'aspect rougeâtre : elles semblent remplies d'un liquide sanguinolent. Avec la pointe d'une épingle, je pique et je fais sortir un liquide séreux, citrin, à peine rosé. Les douleurs, toujours sous forme d'élancements, ont été épouvantables, surtout la nuit dernière. Je conseille un pansement avec du baume tranquille fortement laudanisé (au cinquième); l'on saupoudrera avec une poudre ainsi composée :

Talc de Venise........	30 grammes.
Oxyde de zinc........	10 —
Camphre pulvérisé.....	5 —
Poudre d'amidon.......	60 —

M. s. a.

Le pouls est à 96. La langue est saburrale; il y a de l'inappétence. J'ordonne 40 grammes d'huile de ricin à prendre de suite et trois pilules de Méglin à prendre dans la journée à quatre heures d'intervalle.

Le soir, le pouls est descendu à 84. Il y a eu de nombreuses selles; il y a un calme relatif. Je compte une huitaine de plaques sur lesquelles je fais un pansement avec une couche de collodion. Je saupoudre avant qu'il soit sec, puis je mets une couche de ouate.

Le 23, la nuit a été excellente; cependant les douleurs existent toujours sous le mamelon gauche. Je fais une injection de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Je prescris trois pilules de Méglin et de la limonade citrique. Le pouls est à 80.

Le 24, à quatre heures du soir, la douleur sous le mamelon a disparu; mais la nuit a été affreuse; pas une minute de sommeil. J'ordonne de nouveau quatre pilules de Méglin. La ouate est tombée; le collodion se détache; la cuisson est très vive, surtout en arrière; les plaques sont à peu près cohérentes. Pouls = 88.

Je passe une nouvelle couche de collodion riciné, puis je saupoudre, je mets une couche de ouate et enfin un bandage de corps. Je prescris un liniment avec :

Baume tranquille........	30 grammes.
Huile d'amandes douces..	30 —
Extrait de belladone.....	6 —

Mêler.

dont on oindra les surfaces érythémateuses si le collodion se détache. — Le malade devra prendre la potion suivante :

Hydrolat de laurier-cerise....	12 grammes.
Id. de laitue........	100 —
Sirop d'éther.............	30 —
Sirop de fleurs d'oranger....	50 —
Extrait de valériane........	0 gr. 30.

F. s. a. — Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Le 25, cinq heures du soir : il y a eu insomnie complète, malgré la potion qui est à moitié prise. Douleurs atroces au niveau de l'omoplate, où je fais une injection hypodermique de morphine. Céphalalgie intense. Langue saburrale. Pas de selles depuis la veille. Je passe une nouvelle couche de collodion. J'ordonne trois pilules de Méglin, un lavement huilé pour ce soir et 40 grammes d'huile de ricin pour demain matin.

A partir du 26, L. J... prend quatre granules de Dioscoride par jour. Le 4 septembre, on a substitué aux granules la liqueur de Pearson à la dose de deux cuillerées à café par jour. Le zona est guéri; les douleurs sont à peu près calmées. Le traitement arsenical a été continué jusqu'au 25 septembre.

Le 19 septembre, je revois M. L..., qui, depuis une dizaine de jours, souffre horriblement de furoncles disséminés dans la partie gauche du tronc; il y en a sept ou huit en arrière, à divers degrés de maturité, quelques-uns très rapprochés. En avant, sous le sein gauche, il y en a un prêt à s'abcéder, et, plus en dehors, un autre commence à se produire.

Tous ces furoncles siègent à peu près sur le trajet qu'avait occupé le zona, mais plutôt vers la limite supérieure ou inférieure de l'éruption herpétique que sur le milieu du trajet. L'éruption n'a d'ailleurs laissé d'autre trace qu'une rougeur légère, sans pigmentation.

M. L... ressent encore de la douleur sur la région du zona, mais cette douleur, cuisson et élancements, semble devoir se rattacher plutôt à l'éruption furonculeuse qu'aux restes du zona.

Je prescris un glycérô d'amidon avec du goudron (1/10), des cataplasmes de farine de lin, de la tisane de houblon et du vin de gentiane.

Le 22, la plupart des furoncles sont ouverts ou disparaissent par résolution (?). Il reste encore des démangeaisons.

Le 30 septembre (1882), j'étais encore appelé auprès de ce vieillard. Il présentait un véritable anthrax de la face externe de la jambe gauche. Je fis des incisions multiples. Je demandai à examiner les urines. Et, le 1er octobre, je constatais par la liqueur de Fehling un degré de glycosurie assez prononcé. On n'a pas fait l'analyse quantitative. J'ai prescrit un peu d'eau de Vichy (un verre et demi par jour).

M. L. J... est aujourd'hui complètement rétabli (septembre 1883).

REMARQUES :

1° J'appellerai d'abord l'attention sur ce fait de la récidive, car sur un total de 64 cas de zona que j'ai personnellement observés, c'est seulement la deuxième fois que je le constate.

Le premier cas de récidive, je l'ai observé à l'hôpital Saint-Louis en 1869, chez un jeune homme de 17 ans.

Mais tandis que dans ce premier fait le zona avait récidivé sur place, dans le cas que je viens de citer le zona a siégé, au mois d'avril 1881, sur le membre inférieur droit, et seize mois après sur le côté gauche de la poitrine.

2° Cet homme avait eu, huit mois avant le premier zona, une légère hémorrhagie cérébrale ou peut-être une simple menace d'apoplexie, qui avait été suivie d'un certain degré d'hémiplégie peu prononcée du côté droit. Duncan et Payne avaient, en Angleterre, déjà signalé chacun un cas de zona survenu chez des hémiplégiques, du même côté que la paralysie.

Le docteur Barthès avait publié en 1874 une observation (recueillie dans le service du professeur Lasègue), de zona siégeant du côté opposé à l'hémiplégie, et moi-même j'ai cité également un cas du même genre. Chez M. L. J..., on se trouve avoir eu successivement un exemple de chacune des deux modalités indiquées : 1° d'abord un zona du côté paralysé ou plutôt frappé de parésie; 2° un deuxième zona du côté opposé.

3o A la fin d'octobre 1881, son premier zona étant guéri depuis six mois, cet homme avait eu une pneumonie droite, et dix mois après survient un zona du tronc, mais du côté opposé à la pneumonie.

4o Je noterai de plus le grand nombre de furoncles survenus après la guérison de l'éruption du deuxième zona. Et on sait que les furoncles ont été parfois indiqués parmi les complications possibles de cette singulière maladie.

5o Je signalerai en outre la glycosurie en rappelant que c'est le troisième fait de cette coïncidence que j'observe.

6o Enfin je voudrais aussi faire remarquer une particularité qui ne manque jamais dans les zonas douloureux ; et cependant on me semble n'avoir pas suffisamment insisté sur ce symptôme. Moi-même, bien que l'ayant indiqué expressément, je me reproche de ne pas l'avoir mieux mis en relief, je veux parler de l'insomnie opiniâtre et bien en disproportion avec l'acuité des douleurs qui accompagne presque tous les cas de zona.

REVUE CRITIQUE DE GYNÉCOLOGIE

DES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Une question embarrassante se présente souvent dans la pratique, relativement aux lésions inflammatoires d'apparence ulcéreuse, situées sur le museau de tanche, et s'accompagnant d'une sécrétion muco-purulente, ou purulente. Ces lésions peuvent-elles communiquer une blennorrhagie ? Nous n'hésitons pas à répondre affirmativement, à la condition qu'elles soient d'origine blennorrhagique, ce qui est parfois difficile à déterminer. Cependant, dans la majorité des cas, on peut y arriver. Il est rare, en effet, qu'il n'existe pas alors, chez la malade, quelque autre trace de l'affection contagieuse, telle que la vaginite, l'uréthrite, la présence d'une gouttelette de pus dans les glandes pré-uréthrales ou vulvo-vaginales. Si on ne trouve aucun de ces signes dénonciateurs, la nature de l'écoulement cervical et l'aspect de l'orifice externe nous fournissent des éléments précieux pour le diagnostic. On doit toujours se méfier d'un écoulement uniquement purulent, sans mélange de mucus. Dans les quelques cas de ce genre que nous avons observés, on voyait, autour de l'orifice externe, un cercle d'un rouge plus vif que dans les cas ordinaires. Si l'écoulement est muco-purulent, le mucus et le pus sont peu mélangés entre eux, les deux liquides étant séparément reconnaissables sur le bourdonnet d'ouate qui a servi à déterger le col. Nous reconnaissons que ces caractères n'ont pas encore toute la précision désirable. C'est pourquoi nous avons cherché si, par la présence d'un microbe spécial, on pourrait faire un diagnostic certain, relativement à la virulence du pus utérin, dans ces circonstances. Mais nos investigations dans cet ordre d'idées ne nous ont pas donné, jusqu'à présent, de résultat. Malgré les affirmations de quelques auteurs qui se sont occupés du parasite de la blennorrhagie, le problème ne nous paraît pas actuellement résolu.

Ce que nous avons dit de la structure des lésions du col, d'apparence ulcéreuse, nous conduit à quelques conclusions thérapeutiques dont nous indiquerons les principales.

D'abord on ne doit pas cautériser la muqueuse cervicale dans les cas ne s'accompagnant pas de métrite, à moins que la leucorrhée soit assez abondante pour nécessiter une intervention. Il faut alors modifier profondément les tissus, afin de détruire l'épithélium sécréteur, anormalement situé, et ne pas cautériser au nitrate d'argent, comme le font encore trop souvent beaucoup de médecins.

Les pseudo-ulcérations dépendant de la métrite réclament rarement l'application de topiques. Fréquemment elles disparaissent sous la seule influence des scarifications. Celles-ci doivent, dans ce cas, être très superficielles, et renouvelées tous les deux ou trois jours. C'est surtout dans ces circonstances que le nitrate d'argent est, non seulement inutile, mais même nuisible.

Dans l'intervalle des scarifications, on conseillera aux malades d'introduire, matin et soir, un tampon d'ouate imbibé de glycérine pure ou additionnée d'iodure de potassium. On peut aussi faire usage de sachets de mousseline parfaitement propre ou suffisamment désinfectée, contenant diverses substances médicamenteuses. Nous employons ordinairement la formule suivante :

Acide thymique cristallisé.....	0.10 centigr.
Tannin.....................	0.50 —
Graine de lin..............	10 grammes.

(A introduire dans un sachet de mousseline muni d'un gros fil.)

Dans quelques cas exceptionnels, on se trouve bien des cautérisations au thermocautère, surtout lorsque la métrite est arrivée à la période d'induration.

Les ulcérations d'origine blennorrhagique guérissent le plus souvent avec facilité. Il suffit de les toucher chaque jour avec une solution de nitrate d'argent (1/25), avec la teinture d'iode ou le perchlorure de fer. Nous nous sommes bien trouvés, dans ces conditions, des injections intra-cervicales avec l'eau oxygénée.

Quel que soit le médicament auquel on a recours, il importe de l'employer à l'état liquide et de le faire pénétrer dans le col à une profondeur de 2 ou 3 centimètres, afin d'atteindre le plus possible tout l'appareil glandulaire. Dans l'intervalle des cautérisations, les malades introduiront elles-mêmes, deux à trois fois par jour, des tampons imbibés de coaltar.

S'il existe un ectropion et toutes les fois qu'il est nécessaire d'agir profondément sur la muqueuse, l'acide chromique cristallisé, étendu de moitié d'eau (solution du Codex) constitue le meilleur des caustiques.

Nous le préférons à tous ceux plus ou moins vantés par tel ou tel auteur, nitrate acide de mercure, acides phénique, pyroligneux, acétique, picrique, alun, tannin, créosote, collodion.

On a accusé l'acide chromique de produire des accidents d'intoxication. Le fait serait peut-être vrai, si la cautérisation avait lieu sur une grande surface. Rien de semblable ne s'observe pour le col de l'utérus, à cause des dimensions peu étendues de la lésion.

Nous avons employé l'acide chromique un grand nombre de fois, sans avoir jamais à déplorer l'accident même le plus léger, mais à la condition d'avoir recours aux précautions indispensables, que nous avons indiquées depuis longtemps, et sans lesquelles ce caustique exposerait à des dangers. Nous avons vu, à la suite de cautérisations mal faites, se produire de vastes eschares du vagin, dont les conséquences auraient pu être graves.

Il faut porter l'acide sur le point à cautériser, à l'aide d'un peu d'ouate enroulée à l'extrémité d'une petite tige de bois ; avoir soin que la quantité de liquide soit juste suffisante pour ne pas s'écouler au delà de la région sur laquelle on veut agir, et faire, immédiatement après l'application, une injection à grande eau, qui entraîne tout ce qui pourrait en rester.

Quand les lésions remontent assez haut sur la muqueuse intra-cervicale et s'accompagnent de catarrhe muco-purulent abondant, on ne doit pas craindre de porter l'acide jusqu'au niveau de l'orifice interne. Pour mieux protéger les parois vaginales, il est préférable d'entourer le col, préalablement saisi avec l'extrémité du spéculum, de bourdonnets d'ouate trempés dans une solution de carbonate de soude.

L'acide chromique, ainsi appliqué, donne lieu à une légère eschare, qui s'élimine au bout de deux ou trois jours, et laisse à sa place une surface rouge, qui ne tarde pas, dans la plupart des cas, à reprendre ses caractères normaux.

Les divers topiques, les scarifications et même les cautérisations au fer rouge et l'ignipuncture, ne parviennent pas toujours à faire disparaître les lésions de la muqueuse cervicale dues à la métrite.

Dans ces conditions, comme *ultima ratio*, on n'a plus le choix qu'entre deux procédés : l'amputation du col ou l'opération d'Emmet.

L'amputation du col doit être surtout pratiquée s'il existe une hypertrophie concomitante portant sur l'ensemble du segment cervical ou, ce qui est beaucoup plus fréquent, sur une des lèvres, principalement la lèvre antérieure (col tapiroïde).

Les indications de l'opération d'Emmet se présentent rarement. La plupart des cas qui semblent la réclamer guérissent en plus ou moins de temps, sans qu'on soit forcé de recourir à l'intervention chirurgicale.

TRAVAUX A CONSULTER :

Aran. — « Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus ». Paris, 1860.

Barnes. — « A clinical History of the medical and surgical Diseases of women ». London, 1873. Et trad. franç. par Cordes, Paris, 1876.

Becquerel. — « Traité clinique des maladies de l'utérus ». Paris, 1859.

Chéron. — « De l'ulcération du col de l'utérus ». *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 1879.

Clifton E. Wing. — *Boston med. and surg. Journal*, 1876.

Courty. — « Traité pratique des maladies de l'utérus », 2e édit., Paris, 1880.

Desprès. — « Traité iconographique des ulcérations utérines », Paris, 1870.

Emmet. — « The philosophy of uterine Disease, etc. », 1874.

Fage. — « Etude sur l'opération d'Emmet ». Th. de doct., Paris, 1881, où on trouvera la bibliographie relative à cette opération.

Fischel. — « Beitræge zur Histologie der Erosionen der Portio vaginalis Uteri ». *Arch. f. Gyn*, 1880 et 1881, Band XV, XVI et XVIII. — Du même : « Die Erosion und das Ektropium », *Centralbl. f. Gyn.*, 1880. — Du même : « Sur la structure et la signification pathologique des ulcérations du col utérin ». *Ann de Gyn.*, t. XVI, 1881.

Gallard. — « Leçons cliniques sur les maladies des femmes ». 2e édition. Paris, 1879.

Guéneau de Mussy. — « Clinique médicale », t. II, 1875.

Heywood-Smith. — *Ostetric. Journ. of Great Britain and Ireland.* London, 1876.

Klob. — « Pathol. Anat. der weibl. Sexualorgane », 1864.

Klotz. — « Gynækologische Studien über pathologische Veræenderungen der Portio vaginalis Uteri ». Wien, 1879.

Le Blond. — « Traité élémentaire de chirurgie gynécologique ». Paris, 1878.

Leopold. — « Studien über die Uterusschleimhaut wæhrend Menstruation, etc. » *Arch. f. Gyn* Band XII, 1877.

Lisfranc. — « Clinique chirurgicale ». Paris, 1841-1843.

Matusch. — « Ueber die Erosionen an der Portio vaginalis ». Berlin, 1881, et *Centralbl. f. Gyn.*, 1881.

Mayer. — « Vortrag über Erosionen, Excoriationen und Geschwürsformen der Schleimhaut des Cervical-Kanal, und der Muttermundslippen ». Berlin, 1861.

Münsberger. — « Ueber das pathologische-anatomische Substrat der Erosionen an der Portio vaginalis Utéri ». *In Dissert.* et *Centralbl. f. Gyn.*, 1881.

Nieberding. — « Ueber Ectropium und Risse am Halse der Gebærmutter ». *Centralbl. f. Gyn.*, 1879.

Nonat. — « Traité pratique des maladies de l'utérus ». Paris, 1860.

Rémy. — « Blennorrhagie de l'utérus ». *Gazette médicale de Paris* et *Annales de gynécologie*, 1879.

Richter. — « Zür Diagnostik der Erosionen an der Portio vaginalis Uteri ». *Berliner Klin.-Wochenschrift*, 1879.

Ruge et Viet. — « Zür Pathologie der Vaginalportion ». *Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gyn.* Stuttgart, 1878.

Ruge. — « Die Erosion und das Ectropium ». *Centralbl. f. Gyn.*, 1880, et *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Band V, 1882.

Scanzoni. — « Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane », 1878.

Schrœder. — « Krankbeiten der Weibl. Geschlechtsorgane ». Leipzig, 1879.

De Sinéty. — « Epithélium de l'utérus ». *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1875. — Du même : « Ulcérations du col de l'utérus dans la métrite chronique ». *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1880. — Du même : « Des diverses localisations de la blennorrhagie chez la femme, et de leur traitement par l'eau oxygénée ». *Ann. de gynécologie*, 1882. — Du même : « Traité pratique de gynécologie », 2e édition. Paris, 1883.

Sims. — « Notes cliniques sur la chirurgie utérine ». Paris, 1866.

Tyler-Smith. — « The pathology and treatment of leucorrhœa. London, 1855.

Veit. — « Zür normalen Anatomie der Portio vaginalis Uteri ». *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1880, et « Zür Erosionsfrage ». *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.* Band VIII, 1882.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 octobre 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

De la mesure des forces dans les différents actes de la locomotion, par M. Marey.

L'auteur décrit le dynamomètre inscripteur dont il s'est servi dans ses expériences et qui lui a permis d'établir les deux propositions suivantes :

1° Lorsqu'un acte musculaire a pour effet d'élever le centre de gravité de notre corps, ses réactions se transmettent de proche en proche à nos extrémités inférieures et créent un accroissement de pression positive sur le dynamomètre. Cet effet est suivi d'une action de sens inverse quand le mouvement d'élévation se ralentit.

2° Tout acte musculaire qui a pour effet d'abaisser notre centre de gravité produit une réaction qui diminue la pression de nos

pieds sur le sol et s'accuse par un abaissement de la courbe du dynamomètre. Cet effet est suivi d'une variation de sens inverse due à la diminution de la vitesse acquise dans le mouvement d'abaissement.

SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LE JÉQUIRITY.

Note de MM. CORNIL et BERLIOZ, présentée par M. BOULEY.

Conclusions. — Les bacilles du jéquirity produisent des effets différents suivant l'espèce des animaux expérimentés, le lieu de l'inoculation et la dose employée.

Chez les *petits mammifères*, leur absorption par la peau à petite dose produit des phénomènes locaux d'inflammation ou de gangrène et confère l'immunité. A plus haute dose, il s'ensuit une maladie virulente mortelle. Injectés dans le péritoine, les bacilles donnent lieu à une péritonite et parfois à des infarctus du foie avec coagulation du sang dans certaines branches de la veine-porte qui contiennent des bacilles. Les cellules hépatiques sont mortifiées dans ces infarctus.

Chez les *grenouilles* et probablement chez d'autres espèces d'animaux à sang froid (1), on détermine une maladie virulente caractérisée par la pullulation extraordinaire des bacilles dans le sang et la lymphe. Cette maladie se développe par l'inoculation d'une très faible quantité de poison et elle est inoculable par le sang.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre 1883. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance non officielle comprend : 1° une lettre de M. Billod, membre correspondant, dans laquelle il fait observer que l'attentat récemment commis par un aliéné sur la personne de M. Jules Rochard ajoute un argument de plus à ceux qu'il a fait valoir dans sa communication sur le danger que certains aliénés font courir à la société. (Renvoyé à la commission chargée de la loi sur les aliénés); 2° *Une étude sur la crémation*, par M. le docteur Marty, pharmacien en chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains. (Com. MM. Brouardel et Lagneau.)

— M. MAREY lit un rapport sur un cas d'ectopie du cœur observé sur une femme présentée à l'Académie par M. Tarnier. (Voir plus haut.)

— M. Constantin PAUL, au nom de la commission des eaux minérales, lit le rapport sur le services des eaux minérales pour l'année 1881.

— M. WARLOMONT (de Bruxelles) lit un travail sur les origines de la vaccine. Les conclusions générales de ce travail sont les suivantes :

1° Ni les équidés, ni les bovidés, ni vraisemblablement d'autres animaux, ne peuvent être considérés comme vaccinogènes.

Ni le cheval ni le bœuf ne créent de toutes pièces, l'un le horse-pox, l'autre le cow-pox; l'un et l'autre doivent, pour fournir une récolte de matière vaccinale, en avoir reçu préalablement la semence.

2o La semence originelle du vaccin, dans ses rapports avec le cheval et le bœuf, n'est pas autre chose que la variole; admise dans l'organisme de ces animaux, celle-ci subit une atténuation d'où résulte ce que l'on est convenu d'appeler vaccin.

2o Cette atténuation est moindre chez le cheval que chez le bœuf; le horse-pox s'éloigne donc moins de la variole que le cow-pox.

4o Le cheval est un mauvais terrain pour la culture du vaccin. La vaccination animale réclame des germes atténués à un plus haut degré que ceux que peut procurer l'organisme du cheval.

5o L'imprégnation variolique ou vaccination artificielle chez le cheval, par voie d'inoculation ou d'injection intra-cutanée, semble pouvoir se produire, comme chez la vache, sans que rien se manifeste au-dehors. L'immunité doit pouvoir être la conséquence de cette imprégnation.

« Peut-être dit en terminant M. Warlomont, M. Chauveau, s'il voulait bien tenter avec la variole ce qu'il a fait avec succès au moyen du vaccin serait-il plus heureux? Personne plus que nous ne s'en applaudirait. Nous ne devons pas oublier que c'est de la France que nous sont venues les vives lumières qui éclairent aujourd'hui la question des virus. On a pu lui enlever des provinces, on ne lui enlèvera pas cette gloire. » (Applaudissements.)

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. H. Roger, E Besnier et Bouley, rapporteur.

— M. BLACHEZ, candidat pour la section de thérapeutique, lit un travail intitulé : *La chorée du larynx*.

Des recherches auxquelles M. Blachez s'est livré sur ce sujet, il résulte que la chorée du larynx serait au moins très rare, des médecins d'enfants n'ayant pu en observer aucun cas dans toute leur carrière. En revanche, on rencontre assez souvent, chez les femmes hystériques, des phénomènes tout à fait analogues, mais qui se manifestent dans un ensemble morbide tout différent.

M. Blachez l'a observée deux fois chez les enfants. L'auteur résume ainsi sa première observation :

Enfant lymphatique, né de mère arthritique, pris au commencement de janvier d'une laryngite légère avec toux spasmodique, qui présenta au bout de quelques jours des caractères tout particuliers. Aucun phénomène choréique n'apparaît dans les membres; tous les mouvements sont réguliers. Les diverses médications : bromure de potassium, valériane, belladone, etc., échouent complètement; le chloral seul donne un résultat décisif et rapide. Deux accès fébriles très intenses signalent la fin de la maladie.

Le second enfant, lympho-anémique, est pris, dans le cours d'une bronchite légère, d'accès caractérisés par un cri grave, éclatant, tout à fait comparable au bêlement d'une chèvre mécanique. Ce cri revient huit ou dix fois en quelques minutes, toujours identique; les crises se renouvellent plusieurs fois dans la journée; elles ne se produisent jamais pendant le sommeil, qui est excellent.

L'enfant est nerveux, toujours agité, très loquace, mais il n'a pas de vrais mouvements choréiques; sa santé générale est d'ailleurs parfaite. Le bromure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes réussit à faire cesser complètement les crises.

Il paraît donc à M. Blachez que deux agents, le bromure de potassium et le chloral, sont particulièrement recommandables dans la chorée laryngée.

Pour admettre la nature choréique des accidents, M. Blachez s'est fondé sur les antécédents arthritiques héréditaires des deux enfants, nés de parents arthritiques; sur l'absence de phénomènes nerveux multiples et variés, des troubles de la sensibilité qu'on observe chez les névropathes; sur l'intégrité des fonctions psychiques; sur la suspension absolue des accidents pendant le sommeil, qui, chez tous deux, resta calme et réparateur.

Ce travail est renvoyé à la section de thérapeutique, constituée en commission d'élections.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 octobre 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Drouineau (de la Rochelle), membre correspondant national.

— M. VERNEUIL présente, au nom de M. Petit, une brochure intitulée : *De l'anus contre-nature iléo-vaginal*.

(1) Nous n'avons inoculé jusqu'ici que deux poissons, une petite carpe et une tanche, qui sont morts dans les vingt-quatre heures avec des bacilles dans la séreuse abdominale.

— M. Tillaux, à propos du procès-verbal, répond, au sujet des rapports de la vessie avec le péritoine, que M. Sappey était arrivé à cette conclusion que, plus la vessie est distendue, plus le péritoine descend et moins il y a de paroi vésicale accessible. J'ai fait, dit M. Tillaux, de nombreuses expériences et je suis arrivé à une autre conclusion Il est incontestable que toute la portion du péritoine qui ne dépasse pas le pubis se relève d'autant plus que la vessie est plus pleine; mais elle couvre davantage le sommet de la vessie. Cela n'empêche pas que plus la vessie est distendue, plus il y a de paroi vésicale accessible. Je crois conclure que la distension de la vessie est absolument utile pour pratiquer la taille hypogastrique. Quant à l'emploi du ballon de Petersen, c'est une très bonne chose, cela repousse la vessie en avant et facilite son accès au chirurgien.

M. Sée : J'ajouterai que lorsque la vessie se distend et remonte, elle entraîne avec elle le péritoine vésical, qui est très peu adhérent au niveau de son cul-de-sac antérieur.

Quant à la variabilité des muscles pyramidaux, elle est attestée par tous les auteurs, et tous parlent de la fréquence de son absence.

M. Trélat : J'ai souvent fait faire une préparation pour démontrer les rapports de la vessie, et toujours j'ai pu constater ce qui vient d'être dit sur les muscles pyramidaux. En outre, j'ai toujours vu que le péritoine ne décrivait jamais un sinus profond, quelle que fût la situation de la vessie.

M. Desprès : Je crois qu'il est possible d'atteindre la vessie aussi bien avec une injection vésicale qu'en employant le ballon de Petersen. Lorsqu'on emploie le ballon de Petersen ou l'injection vésicale, le péritoine est bien relevé sur la ligne médiane, mais des deux côtés il forme deux sortes de tuméfaction qui peuvent être touchées et blessées dès que l'on dévie de la ligne médiane.

Quant aux muscles pyramidaux, la partie charnue peut manquer, mais il y a une partie qui ne manque jamais, c'est la portion tendineuse, et c'est sur elle qu'il faut se guider. Et le meilleur point de repère pour trouver la vessie, c'est de chercher l'ouraque et de se guider sur lui; on ne manquera jamais la vessie.

M. Tillaux : Je crois que ce dernier point indiqué par M. Desprès est un mauvais conseil à donner aux opérateurs, et il peut exposer beaucoup à la blessure du péritoine.

— M. Nepveu lit un rapport sur une observation envoyée par M. Vieuze, et intitulée : *Extraction d'une sangsue fixée à la paroi antérieure du larynx.*

Le malade a eu, comme symptômes, des accès de dyspnée très grands; la sangsue fut extraite au moyen de la pince de Cusco, et avec l'emploi du laryngoscope; les accidents cessèrent aussitôt, et le malade guérit.

Deuxième rapport sur un travail de M. Bouilly sur la corde épiploïque.

Troisième rapport sur un travail de M. Blum, intitulé : *De l'orteil en marteau.* Pour l'auteur, cette affection est le résultat d'une périarthrite de l'articulation phalango-phalanginienne et produite par l'irritation chronique d'un durillon placé à la face dorsale de cette articulation.

M. Terrier n'est pas de l'avis de l'auteur pour l'orteil en marteau, et il croit au contraire que c'est un vice de conformation, et que le durillon est l'effet et non la cause de l'affection. Il admet en outre l'hérédité; très souvent l'affection est symétrique.

— M. Lucas-Championnière présente une aquarelle représentant les pièces d'une gastrotomie faite chez un malade qui avait un rétrécissement de l'œsophage consécutif à l'ingestion d'acide sulfurique.

L'opération a été très facile et elle a beaucoup soulagé le malade. Le quatrième jour, il eut des accès de suffocation dus à une tuberculose pulmonaire dont il était atteint, et il succomba.

Il avait une destruction totale de la muqueuse de l'œsophage, et il y avait une fistule mettant en communication cet organe avec le poumon droit, de sorte que les liquides qu'il prenait passaient dans son poumon et ont été pour beaucoup dans la formation rapide de la caverne dont il était porteur.

Dr Henri Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 octobre 1883. — Présidence de M. Millard.

Syphilis du singe. — M. Martineau rappelle que, dans la séance du 22 décembre de l'année dernière, il avait appelé l'attention de ses collègues sur deux chancres infectants inoculés sur le prépuce de la verge d'un singe macaque. Ces chancres étaient apparus le vingt-huitième jour de l'inoculation. Dans les séances suivantes des 12 et 26 janvier 1883, M Martineau donnait de nouveaux renseignements sur l'évolution des chancres et sur l'apparition de syphilides érosives, papulo-érosives et diphthéroïdes au niveau de la verge, ainsi que sur le développement d'adénites inguinales, axillaires et sous-maxillaires.

Depuis cette époque, sauf un amaigrissement qui a été, pendant quelque temps, assez inquiétant, et qui a aujourd'hui complètement disparu, sauf quelques plaques d'alopécie sur la tête et sur le dos, l'animal n'avait présenté aucun autre symptôme de l'évolution syphilitique, lorsque, vers le milieu du mois de septembre on constata à l'union de la voûte palatine et du voile du palais, presque sur la ligne médiane, une ulcération à fond jaunâtre, légèrement anfractueux, recouvert d'une sécrétion transparente et luisante, contenant quelques grumeaux purulents. Les bords saillants étaient légèrement déchiquetés et rongés Cette ulcération occupait principalement le voile du palais, elle avait une étendue d'un centimètre dans son plus grand diamètre et de trois millimètres dans le plus petit, c'est-à-dire en largeur. Elle ne paraissait pas douloureuse et ne semblait pas gêner la déglutition. Aujourd'hui la lésion est complètement guérie.

En résumé, le singe auquel M. Martineau a inoculé la syphilis le 16 novembre 1882, après avoir présenté l'accident primitif caractéristique (chancre induré) et les syphilides papulo-érosives, a montré que l'évolution syphilitique continue à s'opérer dans les limites normales habituellement observées chez l'homme puisque, au dixième mois de l'inoculation, une syphilide ulcéreuse s'est développée sur la muqueuse palatine. C'est là un fait intéressant qui met à même d'étudier la syphilis chez le singe.

Déformations vulvaires et anales. — Dans une seconde communication, M. Martineau appelle l'attention de la Société sur les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie. Ces déformations deviennent de plus en plus fréquentes. Sur 1,770 observations recueillies en deux ans, M. Martineau a relevé 500 cas de déformations vulvaires ou anales à l'hôpital de Lourcine. Le fait, dit-il, est d'autant plus important à connaître que les actes qui le produisent exercent une influence pernicieuse sur l'évolution de la métrite en provoquant non seulement une exacerbation de tous les symptômes, mais encore des rechutes fréquentes de cette affection; de plus ces actes produisent de funestes effets sur le système nerveux et sur la nutrition et peuvent donner lieu à des accidents locaux parfois d'une grande gravité.

Enfin ces recherches ont fourni à l'auteur de nombreux documents touchant les conditions étiologiques qui favorisent les actes libidineux ou contre nature produisant les déformations en question.

Purpura hemorrhagica et varioloïde. — M. Rathery présente l'observation d'un homme de trente-quatre ans, entré à l'hôpital Tenon le 26 mars dernier, en apparence robuste, mais offrant quelques signes de tuberculose au début, à la première période, au niveau du sommet du poumon gauche. Quelques jours après son arrivée, M. Rathery constata une première poussée de « purpura

hemorrhagica » sur différents points du corps avec épistaxis, hémorrhagies oculaires, auriculaires même (ce qui est plus rare). Après trois ou quatre poussées du même genre, l'état général était redevenu assez satisfaisant, le malade était en bonne voie, lorsque, tout à coup, le 9 mai, la température s'éleva brusquement à 40°; des douleurs se manifestèrent en même temps qu'il se produisait sur la peau de petites taches papuleuses saillantes et de nature encore quelque peu douteuse. Le surlendemain, il s'agissait d'une varioloïde. Dans les conditions où se trouvait le malade, on pouvait craindre que l'éruption ne revêtît la forme hémorrhagique. Il n'en fut rien ; on n'aperçut pas la moindre pustule hémorrhagique, et la varioloïde suivit son cours régulier.

Le malade étant guéri quitta la salle d'isolement pour rentrer dans les salles communes où il eut alors deux nouvelles poussées qui s'accompagnèrent d'hémorrhagie du côté de la peau et des muqueuses.

Après avoir rappelé les travaux de Daniel Mollière, de Lasségue, etc., ainsi que l'excellente thèse d'agrégation de M. du Castel, M. Rathery déclare qu'il est difficile de se prononcer sur l'espèce de « purpura hemorrhagica » à laquelle il a eu affaire chez son malade.

Pyohémie spontanée. — M. Guyot rapporte une observation très curieuse de pyohémie spontanée qu'il a eu l'occasion d'observer, il y a trois mois environ. Il s'agit d'un malade de sa clientèle, homme de trente ans, jouissant d'une excellente position de fortune et vivant dans de très bonnes conditions d'hygiène, auprès duquel il fut appelé certain jour, à la campagne, vers cinq heures du soir. Cinq jours auparavant, cet individu était rentré d'une promenade se plaignant de quelques douleurs musculaires. Le lendemain, un médecin du voisinage avait cru voir un état gastrique léger et lui avait prescrit un purgatif. Quarante-huit heures plus tard, les douleurs siégeaient au niveau des gaines tendineuses. Enfin le cinquième jour les gaines synoviales de l'un des poignets étaient envahies ainsi que l'avant-bras du même côté, le mollet et le cou-de-pied. Le lendemain, cet homme était mort. Il avait succombé à une pyohémie spontanée Quelle pouvait être la cause de pareils accidents survenant chez un individu en parfaite santé? Il n'y avait point à invoquer l'alcoolisme ni aucun surménement. Il n'y avait rien dans les urines, ni sucre, ni albumine. On ne pouvait enfin raisonnablement faire intervenir comme étiologie certaines fatigues considérables éprouvées huit mois auparavant dans une chasse au sanglier, et le malade n'avait éprouvé dans ces derniers temps aucune émotion morale vive. Il n'y avait pas là non plus la moindre raison de songer à un rhumatisme infectieux. Il s'est agi purement et simplement d'une pyohémie spontanée, survenue en quatre jours chez un sujet bien portant.

M. Guyot se rappelle avoir lu une observation analogue rapportée il y a quelque temps déjà par M. Hayem.

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq.

Varèle.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

De la papaïne ou pepsina végétale tirée du carica papaya. — La Papaïne est un suc laiteux extrait de la tige et des fruits verts du Carica papaya. Ce précieux végétal est originaire de l'Amérique du Sud selon les uns, des îles Moluques suivant d'autres. Il se rencontre dans l'Inde, à l'île Maurice, à la Réunion, aux Antilles et dans toute l'Amérique du Sud. Le suc qui découle du fruit vert du papayer et la graine, même de cet arbre sont des vermifuges très efficaces. Mais ce qui rend surtout ce végétal digne d'attention, c'est que le suc extrait de son fruit, de ses feuilles et de son tronc contient une proportion considérable d'un principe analogue à la pepsine animale, et que MM. Wurtz et Bouchut ont appelé *pepsine végétale*. Ce suc exerce une action prodigieuse sur la fibre musculaire qu'il ramollit instantanément et fait entrer en digestion. Les émanations mêmes de l'arbre suffisent pour produire sur les chairs cet effet singulier, et dans les pays où le papayer est cultivé, les habitants suspendent dans les hautes branches les viandes qu'ils veulent attendrir.

On comprend aisément le parti que la science pouvait tirer de propriétés aussi merveilleuses. Des expériences de laboratoire furent instituées et donnèrent les résultats les plus surprenants. M. Wurtz, dans un rapport à l'Académie des sciences (séance du 15 novembre 1880), constate que *la Papaïne a dissous jusqu'à deux mille fois son poids de fibrine, opérant avec autant de rapidité et de régularité que la meilleure pepsine animale*. Du laboratoire, la Papaïne est passée dans la pratique, et des faits innombrables sont bientôt venus prouver que son action était certaine et constante, et par suite que son emploi allait permettre d'échapper aux sophistications dont la pepsine animale est trop souvent l'objet. MM. Wurtz et Bouchut ont reconnu que toute matière azotée, lait, viande, fibrine, est digérée par le suc de papaya en quantité beaucoup plus forte que celle que peut dissoudre la pepsine que sécrète l'estomac, et qu'il présentait sur la pepsine cet avantage qu'il dissolvait la matière azotée aussi bien dans un milieu acide que neutre ou alcalin.

MM. Trouette et Perret, pharmaciens chimistes, se sont faits depuis quelques années les propagateurs de la Papaïne, et ils ont obtenu à l'Exposition de Melun de 1880, et à celle de Bordeaux en 1882, deux diplômes d'honneur pour les diverses préparations qu'ils ont présentées. Ils l'offrent aux médecins et au public sous cinq formes différentes : le sirop de Papaïne, le vin de Papaïne, l'élixir de Papaïne, les cachets et enfin les dragées de Papaïne. Chacune de ces préparations trouve son emploi suivant l'âge, le tempérament, le goût du malade, mais leur effet constant peut être garanti à tous.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les cas dans lesquels la Papaïne doit être ordonnée ; elle est appelée à remplacer la pepsine naturelle qui fait défaut et, par conséquent, est indiquée dans les gastralgies, dyspepsies, lientéries, gastrites et dans toutes les maladies qui ont pour cause un mauvais fonctionnement de l'estomac. Elle remédiera à tous ces troubles et ramènera la digestion à l'état normal avec plus de certitude, d'énergie et de constance que la pepsine animale, dont les effets sont parfois nuls en raison des mauvais éléments qui la composent. En effet, la pepsine animale peut être recueillie dans de bonnes conditions en pratiquant directement sur l'estomac de l'animal une fistule gastrique ; mais on peut aussi se contenter de dissoudre quelques centigrammes de pepsine dans l'eau contenant de l'acide chlorhydrique, ou bien remplacer la pepsine par un fragment de la membrane stomacale d'un animal carnivore, ou par un morceau de la caillette d'un ruminant, ou encore par un peu de présure. Quelle garantie de semblables préparations peuvent-elles offrir, et comment supporteraient-elles la comparaison avec la pepsine végétale, toujours franche et rigoureusement dosée des propagateurs de la Papaïne?

(Union médicale). Dr Berthaud.

FORMULAIRE

Liniment purgatif pour les cas ou on ne peut administrer des remèdes par la voie ordinaire.

Rec. Teinture de coloquinthe. 35 grammes.
Huile de ricin. . . . . 70 —

Mêler. — Tous les matins et tous les soirs on fera une onction sur le ventre des malades avec la valeur d'une cuillerée à thé de ce mélange.

La teinture de coloquinthe sera préparée avec de l'alcool con-

centré dans lequel on laissera digérer un dixième de son poids de semences fraîches de coloquinthe.

(ZEITSCHRIFT DER WEST ALLG. APOTH.-VEREIN)

E. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE, par le docteur P. GUERDER, un vol. in-18, cartonné, de 312 pages. — Paris, 1883. — O. Doin, éditeur.

Le vent est bien aux spécialités. Je viens de lire un très agréable résumé de pathologie auriculaire que je m'empresse de recommander à mes confrères.

Après une étude anatomique et physiologique des organes de l'audition, M. Guerder a placé une étiologie générale des maladies de l'appareil auditif.

Puis vient un exposé lucide des méthodes d'examen de l'oreille au point de vue du diagnostic des maladies de cet organe. Un aperçu général sur la thérapeutique qui convient aux diverses affections termine la première partie de ce manuel.

La deuxième partie est consacrée à l'étude successive des maladies du pavillon de l'oreille, des maladies du conduit auditif externe, des maladies de la membrane du tympan, de la caisse du tympan, de la trompe d'Eustache et de l'apophyse mastoïde. A la suite d'une description des suppurations chroniques de l'oreille d'origines diverses, M. Guerder aborde enfin sommairement les maladies de l'oreille interne.

Une troisième partie s'occupe de la surdité partielle, de la surdi-mutité, de l'hygiène des oreilles, et se termine par un aperçu sur la prothèse otique et les cornets acoustiques.

Après des félicitations méritées sur la multitude de ses renseignements et sur la clarté de son exposition, je ferai à M. Guerder un double reproche : 1° au point de vue de la méthode, il m'eût semblé préférable de placer apres les descriptions des méthodes d'examen son chapitre d'étiologie générale et même de le supprimer tout à fait en le fondant à travers les divers chapitres de pathologie ; 2° au point de vue de la plus grande netteté du texte, il nous eût paru désirable que M. Guerder se conformât au précepte d'Horace :

Segnius irritant animos demissa per aurem
Quam quæ sunt oculis subjecta fidelibus....

L'addition de quelques gravures aurait singulièrement facilité la lecture de son ouvrage d'ailleurs très instructif.

Dr F. A.

TRAITÉ DES SIGNES DE LA MORT, par E. BOUCHUT, un vol. in-18 de 500 pages. — Paris, 1883. — J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

En nous donnant une troisième édition du *Traité des signes de la mort*, M. Bouchut prouve de quelle utilité peut être cet ouvrage. Car ce n'est pas une simple réimpression qu'on nous offre. « On trouvera dans cette troisième édition, nous dit l'auteur, des signes de mort entièrement nouveaux : 1° la découverte des altérations immédiates du fond de l'œil, constatées à l'ophthalmoscope ; et 2° la découverte de la loi d'abaissement continu de la température à + 20 degrés. Ces signes sont absolument certains, et, à eux seuls, pourraient suffire à éviter toute inhumation prématurée. »

On voit que le nombre s'est encore accru des signes qui mettent à l'abri de ces craintes que le vulgaire garde toujours et quand même pour les inhumations précipitées.

Pour compléter son livre très intéressant à tous les points de vue, même au point de vue historique, M. Bouchut a publié les documents administratifs qui se rattachent à la constatation des décès. Nous formulerons, à la suite de l'auteur, le vœu de voir la vérification des décès entrer définitivement dans la pratique générale au lieu de n'être que facultative ; qu'une loi vienne enfin en prescrire l'obligation dans tous les cantons.

C'est ainsi qu'on évitera les méprises et qu'on fera disparaître de l'esprit des populations ces fâcheuses inquiétudes que provoque la simple idée de la possibilité de l'inhumation hâtive d'une personne en état de mort apparente.

Dr ALBERTUS.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre excellent et distingué confrère le docteur Lorne, chevalier de la Légion d'honneur, officier d'Académie, décédé subitement, en son domicile, rue Bergère, 33, le 14 octobre.

***

— Il sera sursis, jusqu'à nouvel ordre, à l'ouverture du concours pour l'admission aux écoles préparatoires du service de santé militaire, qui avait été fixée au 12 novembre.

Un avis ultérieur fera connaître la date à laquelle ce concours aura lieu.

***

FACULTÉS DE MÉDECINE. — La rentrée pour l'année scolaire 1883-84, aura lieu le mardi 6 novembre. A partir du 15 octobre des registres d'inscription seront ouverts pour tous les étudiants. Ceux d'entre eux qui désirent contracter, avec sursis, un engagement volontaire d'un an, devront en faire la déclaration. Les registres seront clos le 15 novembre à 4 heures du soir, excepté pour les jeunes gens qui seront reçus bacheliers dans la session de novembre. Pour les autres trimestres, les registres seront ouverts du 2 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet.

— La reprise des travaux anatomiques et préparatoires est annoncée par la Faculté de médecine de Paris.

Samedi, 20 octobre, première démonstration opératoire ;
Lundi, 22 octobre, première leçon d'ostéologie ;
Lundi, 5 novembre, dissection.

***

CONCOURS POUR LES PLACES DE MÉDECINS DU BUREAU DE BIENFAISANCE. — L'administration de l'Assistance publique de Lyon a résolu une question qui est encore à l'état de projet à Paris, celle de l'institution du concours pour les places de médecins du bureau de bienfaisance. Six places étaient vacantes ; dix-huit candidats ont concouru et la manière brillante dont ils ont subi les épreuves a pleinement justifié la nouvelle mesure mise en vigueur.

***

NOMINATIONS. — *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Michaux et Poirier sont nommés prosecteurs pour quatre ans.

— M. Petit est délégué dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale en remplacement de M. Segond.

— M. Suchard est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique de l'hôpital Necker.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Sont maintenus en exercice pour trois années MM. les professeurs agrégés Serre, de Girard et Jacquemet.

— M. le docteur Gillet de Grandmont vient d'être nommé médecin oculiste adjoint des maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur sont nommés médecins du bureau de bienfaisance du XIX° arrondissement de Paris, MM. les docteurs Gérard (P.-L.), Gillet (H.) et Texier (A.)

* * *

Élections. — Le 28 octobre 1883 il sera procédé, dans une des salles de la mairie du dixième arrondissement de Paris, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1882-1883.

449. M. Coundouris. Le diabète dans ses rapports avec les lésions des membranes externes de l'œil. — 450. M. de Sallier-Dupin. Cautérisation ignée dans les hydrophthalmies. — 451. M. Poupelle. De la synovite tuberculeuse des gaines tendineuses. — 452. M. Théodore Grégoire. Considérations sur quelques points de la paralysie générale. — 453. M. Soula. Essai sur l'influence de la musique et son histoire en médecine. — 454. M Royer De la langue noire. — 455. M. André Martin. L'administration sanitaire civile à l'étranger. — 456. M. Deblenne. Essai de géographie médicale de l'île Nossi-Bé, près la côte nord-ouest de Madagascar. — 457. M. Jarrige. Des difficultés de diagnostic de la péritonite tuberculeuse.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 5 au jeudi 11 octobre 1883.

Fièvre typhoïde 43. — Variole 3. — Rougeole 6. — Scarlatine 1. — Coqueluche 11. — Dipthérie, croup 28. — Dysentérie 1. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 187. — Autres tuberculoses 7. — Autres affections générales 56 — Malformation et débilité des âges extrêmes 46. — Bronchite aiguë 25. — Pneumonie 47. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 75, — au sein et mixte 35. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 89. — de l'appareil circulatoire 58. — de l'appareil respiratoire 57. — de l'appareil digestif 47 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 41. — Causes non classées 9. — Total de la semaine: 967 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef: M. le Dr **F. de RANSE;**
Membres: MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;**
Secrétaire: M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 25 octobre 1883.

Intérêts professionnels : LES SYNDICATS MÉDICAUX. — L'ASSOCIATION GÉNÉRALE. — LA CAISSE DES PENSIONS DE DROIT. — LES ASSURANCES MUTUELLES ENTRE MÉDECINS.

I

Nous avons déjà à plusieurs reprises entretenu nos lecteurs des syndicats médicaux. Le mouvement qui porte les médecins à se réunir, à s'associer et à constituer, sous le nom qui précède, de véritables comités de défense professionnelle, s'étend de plus en plus, se généralise, et il est facile d'entrevoir le moment assez prochain où, dans les petites villes et dans les campagnes, tous ou à peu près tous les praticiens seront syndiqués. Il y a un an, à pareille époque, vingt-neuf syndicats étaient déjà institués, et un nombre à peu près égal était en voie de formation. Plus de soixante-deux, répartis dans trente-neuf départements, fonctionnent actuellement, et l'on peut ajouter que ce chiffre s'accroît tous les jours.

Les rapports des syndicats médicaux avec l'Association générale des médecins de France, excellents dans certains cercles, sont plus que froids dans certains antres. On se rappelle les réserves qu'à deux reprises différentes le secrétaire général de l'Association a exprimées, en assemblée générale, à l'endroit de l'institution nouvelle. Tout récemment, au sein de l'Association des médecins de la Gironde, les opinions se sont heurtées plus violemment et, à la suite d'un vote de l'assemblée générale favorable à l'institution des syndicats et à leur affiliation plus ou moins éloignée à l'Association, le président et plusieurs membres du conseil ont donné leur démission. Il ne s'agit là, il faut l'espérer, que d'un dissentiment accidentel et passager qui n'aura pas ailleurs de retentissement. Deux institutions qui prêchent l'union et la confraternité ne sauraient se faire la guere, et la Gironde, qui a été le berceau de l'Association, ne voudra pas, en inaugurant une ère de lutte et de discorde, en préparer la tombe.

La formation des syndicats n'est pas le seul fait qui traduise, au point de vue professionnel, les aspirations actuelles et les efforts du corps médical.

Le nombre et la quotité des pensions viagères que sert l'Association générale sont loin de répondre à toutes les misères, et le mode dont elles sont obtenues ou réparties ne laisse pas d'être parfois humiliant pour celui qui en bénéficie. La substitution de la *pension de droit* au *secours éventuel* a toujours préoccupé les esprits vraiment jaloux de la dignité professionnelle. Il y a des années que la GAZETTE MÉDICALE a établi le principe et examiné la question. Mais les problèmes de ce genre ne trouvent pas leur solution en un jour. L'idée cependant a fait des progrès dans le sens pratique. Une na-

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

En productions littéraires, la moisson de l'année actuelle est beaucoup plus abondante que celle des années précédentes. Nous allons jeter successivement un rapide coup d'œil sur chacune de ces publications.

I. — On savait depuis déjà longtemps que le docteur Prosper Ménière avait laissé en manuscrit un journal de la captivité de la duchesse de Berry à Blaye. Il y a bientôt deux ans, la REVUE DES DEUX MONDES en avait même offert les prémices à ses lecteurs en reproduisant des extraits, et non les moins intéressants, de ces mémoires.

Le fils du regretté médecin des Sourds-Muets n'a pas tardé à satisfaire la curiosité si fortement éveillée des chercheurs et des historiens; il nous a donné en deux beaux volumes le journal complet écrit par son père de la captivité de la duchesse de Berry à Blaye (1). Est-il besoin de rappeler ici des faits qui jadis émurent tant l'opinion publique? Le temps, les événements et ensuite la mort se sont chargés d'éteindre les passions si vivement allumées. Aujourd'hui nous sommes heureux de retrouver la déposition d'un témoin, témoin qui, médecin avant tout, a tenu et a maintenu sa résolution de rester en dehors des questions politiques, de n'être qu'un médecin qui va apporter les secours de son art à une malade. Son plus grand mérite à mes yeux consiste à n'avoir jamais oublié ces paroles qu'on peut lire dans sa préface : « La médecine n'a qu'un seul drapeau sur lequel est inscrite cette devise : *Salus infirmorum*. C'est là ma loi suprême, je n'en connais pas d'autre, et j'espère que l'avenir en fournira la preuve »

(1) *La Captivité de Madame la duchesse de Berry à Blaye* (1833). Journal du docteur P. Ménière, médecin envoyé par le gouvernement auprès de la princesse, publié par son fils le docteur E. Ménière, avec deux lettres inédites de Balzac et du maréchal Bugeaud. — 2 vol. in-8° de 492 et 464 pages. — Paris, 1882, Calmann Lévy, éditeur. Nous aurons à revenir prochainement sur cette importante publication.

tion voisine et amie l'a réalisée, et l'expérience a donné les meilleurs résultats : *La caisse des pensions du corps médical belge* est en pleine prospérité. Pourquoi ce qui a si bien réussi en Belgique n'aurait-il pas le même succès en France ? On s'est naturellement posé cette question, et il suffit de la poser pour en chercher la solution à bref délai.

L'institution d'une *Caisse de pensions de droit* se rapproche beaucoup de celle d'une *Société d'assurances mutuelles* entre médecins. A vrai dire, sous deux noms différents et sauf certains détails d'organisation, les deux institutions n'en font qu'une. Nous avons développé ici, il y a deux ans, le programme d'une *Société médicale d'assurance mutuelle en cas de décès*. Que l'on suppose une *Société médicale d'assurance mutuelle mixte*, dans laquelle les ayants droit, sociétaires ou héritiers de sociétaire, bénéficieront à terme échu, non d'un capital, mais d'une pension viagère, et l'on réunira sous le même chef trois institutions qui, au premier abord, semblent distinctes.

On voit, par ce rapide exposé, que de nombreuses questions, fort importantes pour les intérêts professionnels, s'agitent en ce moment et préoccupent plus vivement que jamais les esprits. Nous avons déjà eu l'occasion de les examiner, mais il importe d'y revenir, car elles sont de celles qui ne sauraient perdre de leur actualité. Nous nous proposons donc de les passer de nouveau et successivement en revue.

Dr F. DE RANSE.

(A suivre).

CLINIQUE MÉDICALE

GOÎTRE PLONGEANT PARENCHYMATEUX ET KYSTIQUE. — DÉVIATION ET COMPRESSION DE LA TRACHÉE. — EXTIRPATION APRÈS TRACHÉOTOMIE PRÉLIMINAIRE. — FORCIPRESSURE PROLONGÉE DE L'ARTÈRE THYROÏDIENNE SUPÉRIEURE. — HÉMORRHAGIES SECONDAIRES. — MORT ; — par le docteur S. POZZI, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. (Observation présentée à la Société de chirurgie le 17 octobre 1883.)

Observation. — Colson, dix-sept ans, bien constitué, un peu lymphatique, né à Sedan où il a été élevé ; point de goître ni dans sa famille ni dans son pays. Il entre le 26 juin 1883 au service de M. Verneuil à la Pitié.

Il y a cinq ans, la grosseur du cou commence à droite, sans aucune réaction ; elle progresse lentement, malgré le traitement interne suivi. Il y a quatre mois, gêne de la respiration, un peu de cornage et de dyspnée pendant la marche. Il y a trois mois, accès de suffocation pendant la nuit. Au moment de l'entrée à l'hôpital, la tumeur occupait toute la partie latérale droite et moyenne du cou, et débordait fortement à gauche. En haut, elle atteignait l'angle de la mâchoire ; en bas, elle plongeait derrière la fourchette sternale sans qu'il fût possible, en la soulevant, de l'en dégager complètement. La forme était sensiblement trilobée ; un lobe droit, le plus gros, un moyen et un inférieur. On sentait nettement la fluctuation à droite ; elle était moins sensible à gauche.

La tumeur suit le larynx dans ses mouvements. Les muscles sterno-cléido-mastoïdiens sont déjetés latéralement ; la tumeur déborde fortement celui du côté droit qui est ainsi reporté en arrière ; il en est de même des vaisseaux ; on sent battre la carotide sur la face postérieure du goître, à droite. La trachée est ensevelie sous la tumeur, mais est manifestement très déviée à gauche. Le larynx paraît aplati et la crête du cartilage thyroïde est sensiblement courbée de droite à gauche.

La voix est altérée, comme enrouée ; il existe du cornage. Pas de troubles de la déglutition.

Le 1er juillet, M. Verneuil fait une ponction dans le lobe du côté droit et retire 350 grammes de liquide chocolat.

Le 8, une seconde ponction est faite dans la poche qui s'était de nouveau remplie.

Le 1er août, M. Verneuil passe un tube à drainage par transfixion dans la poche. La pulvérisation antiseptique est faite constamment sur la tumeur qui présente quelques signes d'inflammation. Ceux-ci s'amendent peu à peu.

Le 18 août, M. Pozzi, qui a pris le service du professeur Verneuil pendant les vacances, retire le drain par lequel il ne s'écoulait plus que quelques gouttes de liquide séro-purulent. La tumeur a cessé de décroître et le lobe droit, traversé par le drain, a le volume du poing et paraît tout à fait solide. — Quelques signes d'inflammation locale s'étant prononcés, le drain est replacé au bout d'une semaine.

Le gonflement disparaît, mais la tumeur reste stationnaire. Le cornage s'accentue et le malade consent à ce qu'une opération radicale soit tentée pour le débarrasser de cette affection qui déjà menace sa vie.

En présence de ce qui s'était passé pour le lobe droit, indiquant qu'outre les kystes il y avait une hypertrophie parenchymateuse considérable, M. Pozzi se décide à pratiquer l'extirpation complète du goître. Ses dimensions mesuraient à ce moment 18 centimètres dans le sens vertical et 17 dans le sens transversal. M. le profes-

D'autres exposeront avec quel art Prosper Ménière sut gagner non seulement la confiance mais aussi l'amitié de cette duchesse de Berry, de laquelle on a pu dire que c'était le seul homme de sa famille.

D'autres encore diront le tact avec lequel il s'attirait en même temps les grâces du maréchal Bugeaud et tout cela sans s'aliéner l'opinion publique. Quant à moi je n'ajouterai point mes éloges à ceux qu'on lui donna de tous les côtés et dans tous les partis. Car cette approbation unanime et si méritée ne fut que la conséquence obligée de ce principe fixé d'avance de rester médecin et de n'être que médecin. Aussi avec quel intérêt ne lit-on pas ces pages écrites par un homme de cœur, instruit et des mieux lettrés ! Quel style simple, facile, orné quand même et nourri de si bonnes études !

Comment donc ne nous associerions-nous pas à ceux qui, malgré ce que l'on a pu dire, pensent que l'on doit non seulement approuver, mais encore remercier M. E. Ménière d'avoir donné le jour à cette œuvre si honorable pour son père et si utile pour l'histoire. Et qu'on ne vienne pas mettre en avant la question du secret médical. Quand tous les personnages intéressés sont disparus de ce monde (le docteur P. Ménière est mort en 1862 et son auguste cliente en 1870), quand il s'agit de figures historiques et que le médecin ne dévoile chez une personne qui l'a honoré de sa confiance que des maladies nullement désavouables, il est plus que permis, c'est presque un devoir de venir éclairer l'histoire.

Encore une fois donc, merci à M. E. Ménière pour nous avoir livré des mémoires aussi intéressants et aussi instructifs.

II et III. — M. le docteur Witkowski continue avec activité ses publications anecdotiques sur les choses de la médecine. Au commencement de cette année, il nous avait donné *les Joyeusetés de la médecine* (1), et voici qu'il vient de publier un nouveau recueil intitulé : *les Drôleries médicales* (2).

(1) *Les Joyeusetés de la médecine*, anecdotes, bons mots, pensées, chansons, épigrammes, etc., recueillis et annotés par le docteur G.-J. Witkowski, in-18 de 302 pages, avec 2 eaux-fortes. — Paris, Marpon et Flammarion, éditeurs.

(2) *Les Drôleries médicales*, par le docteur G.-J. Witkowski, in-18 de 300 pages. — Paris, chez les mêmes éditeurs.

seur Verneuil veut bien venir l'assister de son aide et de ses conseils.

Anesthésie avec le chloroforme. Une longue incision est faite sur la partie latérale droite du cou, au point le plus proéminent de la tumeur, allant de l'angle de la mâchoire à la fourchette du sternum. Au moment où on commence à disséquer les lèvres de la plaie, le malade, dont le cou est tendu, présente des signes d'asphyxie. Prévoyant que cet accident se renouvellera et sur l'avis conforme de M. Verneuil, M. Pozzi procède à la trachéotomie.

Pour cela, une seconde incision verticale parallèle à la première est faite à gauche au niveau du point où la trachée a été refoulée. Elle rejoint inférieurement la première section, au niveau de la fourchette sternale, par une légère courbe transversale donnant à la totalité de l'incision la forme d'un U. On découvre les deux anneaux supérieurs de la trachée qui seuls ne sont pas masqués entièrement, et, en écartant les grosses veines, on parvient à placer la canule qui est située tout à fait sur le côté gauche du cou, à cause de la déviation du conduit aérien.

La respiration se régularise aussitôt. L'écoulement de sang veineux cesse définitivement. On continue facilement l'anesthésie au moyen d'une petite éponge chloroformée maintenue au-devant de la canule.

Le lobe gauche est d'abord attaqué latéralement, puis inférieurement. On énuclée le plus possible avec les doigts, et quant aux parties qui résistent, elles sont coupées à petits coups avec des ciseaux courbes qui rasent la surface de la tumeur. Cette première masse enlevée offre le volume du poing. On peut croire un instant qu'elle constitue la totalité du goître, tant la plaie est large et profonde; mais, en retournant la tête du malade, on s'aperçoit bien vite que tout le lobe droit reste à extirper.

M. le professeur Verneuil n'assiste pas à cette seconde partie de l'opération. Elle est très laborieuse par suite des adhérences résistantes que l'on rencontre partout (il ne faut pas oublier que c'est ce lobe qui a été drainé et enflammé). L'hémorrhagie est presque nulle. Dans la dernière partie de l'opération, lorsque presque toute la masse morbide est enlevée, il reste encore au fond de la plaie une grande lame de tissu thyroïdien. On l'ébarbe avec précaution : un gros vaisseau donne un fort jet de sang. Deux pinces à forcipressure maîtrisent l'hémorrhagie, mais il est impossible de les remplacer par une ligature, et on laisse les pinces à demeure.

La plaie énorme et profonde inférieurement, où elle présente une cavité rétro-sternale, est formée dans sa moitié supérieure par la face antérieure du rachis d'où la tumeur avait chassé la trachée et l'œsophage, très rejetés à gauche. Lavage phéniqué, drainage, suture, pansement de Lister, compression, immobilisation.

Le malade a perdu un peu de sang et n'est pas très affaibli, bien que l'opération ait duré plus de trois heures. Le lendemain, 6 octobre, il est en bon état; il a pu dormir, prendre du lait et du bouillon; il s'assied facilement sur son lit, écrit pour demander ce qu'il désire. Le pansement qui s'est relâché est changé; la région opérée a bon aspect, ni rougeur ni gonflement notable; les deux pinces sont laissées en place; aucun suintement sanguin ne s'est produit.

Le 7 octobre, l'interne du service, sur l'avis donné la veille par M. Pozzi, change de nouveau le pansement et retire les deux pinces. Presque aussitôt se produit une hémorrhagie abondante; les sutures sont rapidement défaites et plusieurs pinces sont appliquées par l'interne au fond de la plaie désunie. L'hémorrhagie s'arrête; mais, dans la nuit du même jour, vers quatre heures du matin, elle se reproduit de nouveau, et vu le retard inévitable à pareille heure dans l'arrivée des secours (bien qu'une infirmière ait été laissée au chevet du malade), la perte de sang est énorme. L'interne de garde la maîtrise difficilement.

Le lendemain, 8 octobre, on trouve le malade presque exsangue, très faible, pâle et bouffi. Une dizaine de pinces encombrent la plaie. On les enlève avec précaution, successivement; deux ligatures seulement doivent être appliquées; on saupoudre d'iodoforme la plaie grisâtre et on refait un pansement compressif.

L'opéré s'éteint dans l'après-midi sans que l'hémorrhagie ait reparu.

La tumeur enlevée pesait 402 grammes. Elle se compose de deux parties : 1° Un grand kyste à contenu hématique à parois très dures, épaisses seulement d'un demi-centimètre, forme la totalité du lobe médian saillant à gauche. C'est sa partie inférieure qui plongeait derrière le sternum; 2° une masse fibreuse d'une épaisseur de 2 à 3 centimètres constitue le lobe droit; une très grande quantité de petites cavités lacunaires creuse ce tissu résistant et lui donne par place un aspect spongieux; au centre est une cavité du volume d'une noix presque entièrement remplie de caillots fibrineux; c'est le reste du kyste drainé par M. Verneuil.

L'autopsie a permis de constater les lésions suivantes sur les vaisseaux du cou : l'artère thyroïdienne supérieure droite, qui a le volume d'une radiale, est coupée à sept millimètres de son origine. Aucun caillot n'existe dans cette artère.

La carotide externe est difficilement séparée du tissu fibreux ambiant; elle est entourée de toutes parts par ce tissu, ce qui rend sa dissection pénible et eût difficilement permis de l'isoler pour la lier sur le vivant : ses parois sont friables et paraissent avoir été saisies par les dernières pinces appliquées. On n'y trouve pas le moindre caillot.

Au lieu d'analyser ces deux volumes, je ne saurais mieux faire que d'y cueillir quelques citations :

« Un vieux monsieur, âgé de quatre-vingt-deux ans, est introduit dans le cabinet du docteur Ricord.

« Il s'incline d'un air un peu embarrassé.

« Le docteur, avec un profond salut :

« — Et d'abord, tous mes compliments ! »

Parmi les définitions empruntées au docteur Grégoire, je m'empare des suivantes :

« *Apothicaire.* — Un industriel qui rit beaucoup de la morgue du médecin, et qui est plein de mépris pour l'herboriste.

« *Appétit (L').* — Une galanterie de la nature, qui nous laisse prendre un « besoin » pour un « plaisir ».

« *Croup.* — Un fléau qui fait mourir les enfants — et qui tue les mères.

« *Gargariser (Se).* — Faire des roulades..... hygiéniques.

« *Lunettes.* — Un instrument qui ne ridait pas le front et qui ne meurtrissait pas le nez. — Ça ne pouvait pas durer !

« *Nerfs.* — La ficelle des femmes.

« *Rougir.* — Faculté exceptionnelle; plus on l'exerce, plus elle décroît.

« *Vieillesse.* — Déménagement à petites journées. »

***

Maintenant, voici quelques anecdotes. — Et d'abord une longue sans doute, mais trop à l'honneur de la corporation médicale pour ne pas la donner :

« Mareschal, premier chirurgien du roi, fit en 1726, avec le plus heureux succès, en présence de Morand, qui était jeune alors, et de plusieurs consultants, l'ouverture d'un abcès au foie à M. Leblanc, ministre de la guerre.

« Dans l'instant où Mareschal portait le bistouri sur la tumeur pour en faire l'ouverture, Morand y posa le doigt; Mareschal lui fit signe de l'ôter; Morand le réappliqua en regardant fixement Mareschal, et lui indiquant des yeux que c'était là qu'il fallait ouvrir.

« Mareschal fit l'incision au lieu marqué et pénétra dans le foyer de l'abcès.

Les veines du cou sont énormément dilatées ; la trachée est aplatie et ramollie.

L'autopsie n'a pu être poussée plus loin.

Nous ferons ressortir spécialement quelques points de cette observation :

L'anatomie pathologique nous a présenté la déformation en fourreau de sabre et le ramollissement de la trachée déjà bien connus; il s'y joignait ici un véritable aplatissement avec courbure du larynx. La particularité la plus remarquable est l'adhérence allant jusqu'à la fusion de la gaine des gros vaisseaux du cou, à droite, avec le parenchyme de la tumeur, si bien que pour isoler la carotide externe, il fallait la sculpter, pour ainsi dire, dans une lame de tissu morbide entourant aussi l'origine de la thyroïdienne. Cette disposition est probablement le résultat des processus inflammatoires qui sont survenus à diverses reprises. On a vu les difficultés spéciales qu'elle a créées à l'hémostase.

Au point de vue opératoire, notons tout d'abord le bénéfice considérable retiré de la trachéotomie préliminaire, qui a permis de continuer l'anesthésie complètement et facilement pendant plus de trois heures; voici ses principaux avantages :

a) Le tubage de la trachée, augmentant la résistance de ce conduit, empêchant les effets de sa compression et de son tiraillement, nous a mis à l'abri de toute dyspnée ; or on n'ignore pas combien les menaces de suffocation sont fréquentes pendant l'opération, et c'est même là la principale raison invoquée par Reverdin (1), Julliard (2) et d'autres auteurs encore, pour cesser l'anesthésie après l'incision de la peau.

b) Du même coup, l'hémorrhagie veineuse, due surtout aux irrégularités de la respiration, a été presque complètement annulée. On obtient ainsi une véritable économie de sang, bien précieuse dans une opération qui expose tant à en perdre.

Pour ces raisons, nous n'hésitons pas à considérer la trachéotomie préliminaire comme un précieux adjuvant de l'extirpation des goîtres lorsque ceux-ci ont amené une forte déviation et une déformation de la trachée, laquelle coïncide toujours bientôt avec une altération de ses parois. Nous ne parlons évidemment pas des cas simples, où des goîtres relativement petits, facilement énucléables n'exposent à aucun tiraillement dangereux; mais *dans tous les cas graves* où l'opération menace d'être laborieuse et accompagnée de suffocation (accident fréquent ainsi que les observations publiées en font foi), la trachéotomie devra être faite de propos délibéré comme premier temps opératoire. Parfois, comme dans notre observation, il sera relativement facile de découvrir les premiers anneaux de la trachée, au-dessus de l'isthme du corps thyroïde plus ou moins volumineux. Si la trachée était entièrement masquée, on passerait deux fortes pinces ou deux ligatures sous cet isthme, et après l'avoir incisé et rejeté latéralement, on arriverait sans peine sur le conduit de l'air. Dans d'autres cas enfin, on pratiquera plus aisément la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne : l'important est de placer la canule au plus vite.

A quel moment devra-t-on la retirer ?

Si la réunion par première intention (que l'on doit toujours rechercher) paraît pouvoir être obtenue, — qu'il n'y ait ni gonflement ni phénomènes inflammatoires d'aucune sorte, — on pourra enlever la canule en même temps que les sutures, au premier ou au deuxième pansement.

Dans les cas où la suppuration se sera établie, s'il survenait dès le début un certain degré d'œdème pouvant faire redouter la propagation du gonflement aux bourrelets aryténo-épiglottiques, ou simplement une compression de la trachée, on devrait temporiser jusqu'à ce que ces phénomènes se fussent dissipés. Ces derniers faits seront sûrement exceptionnels. Quoi qu'il en soit, nous avons voulu les signaler, car dans les hôpitaux surtout, ainsi que l'a observé Reverdin, la réunion primitive de la plaie manque fréquemment.

Une autre remarque qu'il est bon de présenter, c'est l'utilité extrême de la *forcipressure temporaire* pendant la durée de l'opération; on peut dire que celle-ci serait presque impraticable sans ce moyen d'arrêter immédiatement tout écoulement de sang. Le nombre des pinces que l'on doit employer est presque incroyable : nous en avons eu en place, à la fois, plus de soixante. Il est bon d'avoir à sa disposition des pinces à mors longs de 4 à 5 centimètres (dites *pinces à pédicules*). C'est surtout lorsque l'on procède à l'énucléation

(1) Reverdin (Jacques et Auguste). *Note sur vingt-deux observations de goître*. REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE, 15 avril 1883.

(2) Julliard. *Trente et une extirpations de goître*. REVUE DE CHIRURGIE, 10 août 1883.

« Le ministre, parfaitement rétabli, donna un grand repas à sa famille et y invita Mareschal et Morand.

« Dans ce cercle où la joie était peinte sur les visages, le ministre prit Mareschal par la main et dit à ses convives :

« — Voilà celui à qui je dois la vie !

« — Vous vous trompez, monseigneur, répondit Mareschal ; et montrant Morand : — C'est à ce jeune homme que vous la devez, car sans lui je vous tuais.

« Ce grand homme, plein de justice et de vérité, ne rougit point, dans une circonstance glorieuse, où le ministre lui témoignait sa vive reconnaissance, de lui faire le détail de son opération, et de lui apprendre que sans Morand il aurait fait en l'opérant une faute grave. »

***

Fouillons encore parmi les historiettes :

Quesnay, le médecin de Louis XV, recommandait à ses bontés un sien neveu, jeune homme fort dissipé et dont il garantissait, à l'avenir, la conduite.

— Un cerveau fêlé ne peut pas se recoudre, dit le prince.

— Oh ! répondit le docteur en hochant la tête, ça se calfeutre.

***

On cause rhinoplastie dans un cercle où domine l'élément provençal, et chacun raconte sa petite histoire.

— Tout cela n'est rien ! s'écrie un beau brun, avec le pur accent de la Cannebière; moi, j'ai un de mes cousins qui s'est fait faire un nez artificiel en peau de poule ; seulement, la peau, elle a été prise un peu bas..... et chaque fois que mon cousin se mouche, il trouve un œuf dans son foulard. Quand il est enrhumé du cerveau, la famille ne vit plus que d'omelettes !...

***

Une annonce du NEW-YORK HERALD : « Le docteur Babcack demande, pour faire le malade guéri dans son salon d'attente, un homme d'apparence robuste et de manières distinguées. »

***

Un doux euphémisme d'enfant pour désigner une personne borgne :

on à la dissection lente avec des ciseaux de la face profonde du goître que ces pinces, placées d'avance deux par deux sur les parties à déchirer ou à sectionner, donnent une sécurité précieuse.

La *forcipressure prolongée* nous a été imposée par la nécessité pour un gros vaisseau profondément situé et englobé dans les tissus denses, ce qui le transformait en véritable sinus. L'autopsie a montré qu'il n'était autre que le tronc de la thyroïdienne supérieure, coupée à moins d'un centimètre de son origine. Ici l'emploi des pinces à demeure a été funeste. Restées en place quarante-huit heures, elles n'ont pas amené l'hémostase définitive, et deux hémorrhagies secondaires considérables ont entraîné la mort. Il faut donc faire désormais quelques réserves aux espérances excessives qu'avait fait concevoir l'emploi, pour l'hémostase permanente, de ce moyen dans les premiers temps de sa vulgarisation (1). Nous formulerions volontiers celle-ci : *la forcipressure prolongée est dangereuse, appliquée dans le voisinage immédiat d'un gros vaisseau.*

Les conditions anatomiques étaient, il faut l'avouer, éminemment défavorables dans notre cas. La brièveté du moignon de la thyroïdienne, saisi par la pince, permettait difficilement la production d'un caillot. Il est probable que celui-ci ne se serait pas formé davantage si, au lieu de la forcipressure, on eût employé la ligature.

Nous ne parlons pas, à cause de sa gravité, de la ligature de la carotide primitive ni de la ligature absolument impraticable de la carotide externe *au-dessous* de la thyroïdienne. Mais on peut se demander s'il n'eût pas été nécessaire de pratiquer la ligature de la carotide externe, un peu *au-dessus* de la naissance de la thyroïdienne, pour amener l'hémostase par un procédé analogue à la méthode de Brasdor.—L'impossibilité d'isoler le vaisseau au milieu de la gangue fibreuse où il était confondu rendait illusoire ce projet. On peut du reste douter que l'hémostase définitive eût ainsi été obtenue. En effet, l'étude de la pièce démontre que l'artère carotide externe a dû être pincée en plusieurs points par la forcipressure appliquée à deux reprises par les internes appelés à maîtriser des hémorrhagies secondaires formidables. Et cependant aucun caillot n'oblitérait son calibre.

En résumé, il semble que la seule manière d'éviter cette hémorrhagie eût été de laisser, au fond de la plaie, une notable partie de la tumeur adhérente à la gaine des vaisseaux. En agissant ainsi, on aurait conservé à la thyroïdienne une longueur suffisante pour qu'une coagulation durable eût pu s'y produire. C'est dans la brièveté de ce vaisseau que gît tout le danger.

Doit-on craindre, en agissant ainsi, de s'exposer à une récidive ? Alors même que cela serait, qu'est cette éventualité en comparaison des terribles accidents auxquels a succombé notre opéré ? Nous croyons donc que l'on peut poser comme règle, non seulement dans le cas où une adhérence aux vaisseaux pourra être reconnue, mais même dans ceux où la tumeur sera simplement en contact avec eux, de laisser dans la plaie, en ce point, la couche superficielle du goître qui, du reste, est souvent assez facilement isolable sous forme de lame ou de capsule. Cette *extirpation presque totale* est bien différente de l'*extirpation partielle* à laquelle s'applique seule le reproche de M. Rose lorsqu'il dit « qu'un goître suffoquant, extirpé partiellement, est un goître auquel un chirurgien a à faire tous les deux ans » (1).

(1) « L'absence d'hémorrhagies consécutives après la forcipressure ne me surprend pas et me semble conforme à la prévision théorique... » (Verneuil, *De la forcipressure*. BULL. ET MÉM. DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, 1877, p. 562.)

(1) Cité par Julliard, *loco citato*, p. 599. Nous la croyons, pour notre part, suffisante.

(2) BRESLAUER AERZTL. ZEITSCHRIFT, 1883, n° 8.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

MÉDICAMENTS NOUVEAUX.

La nitroglycérine a été préconisée dans ces derniers temps par Hammond et d'autres médecins américains dans le traitement de l'épilepsie et de la céphalalgie nerveuse. Cette substance est toxique au plus haut degré. C'est un poison convulsivant et paralysant, dont l'électivité d'action sur les différentes portions des centres nerveux n'est pas encore bien connue. M. O. Berger (de Breslau) (2) a voulu vérifier les

— Tu sais bien, maman, la dame qui a un œil qui dort ?

⁂

Le professeur Malgaigne avait souvent le rire narquois et l'ironie amère. Il argumentait, un jour, sur quelques points obscurs d'une thèse, et le malheureux candidat répondait à tort et à travers.

— Enfin, monsieur, s'écria le juge impatienté, il me faut une bonne réponse !... Pouvez-vous me dire ce que c'est que créer ?...

— Créer ! balbutie le jeune homme ahuri, c'est faire de rien quelque chose.

— C'est bien, monsieur, nous allons vous créer docteur.

⁂

Enfin pour terminer nous reproduirons deux sonnets du docteur G. Camuset. Le premier sur le ver solitaire :

Bien avant que Fourier rêvât le phalanstère,
Bien avant Saint-Simon et le père Enfantin,
Dans les retraits ombreux du petit intestin,
Le Solium déjà pratiquait leur chimère.

Un cestoïde obscur, un simple entozoaire,
Avait constitué l'Etat républicain.
Martyr voué d'avance au remède africain,
Salut, fils du Scolex, pâle et doux solitaire !

Tes anneaux, dont chacun forme un ménage uni,
Sur un boyau commun prospèrent à l'envi,
L'un à l'autre attachés, pas plus sujets que maîtres.

Oui, c'est un beau spectacle, et faut-il s'étonner
Si l'admiration me pousse à célébrer,
En vers de douze pieds, le ver de douze mètres ?

Ce sonnet est un vrai sonnet selon les règles, et non à la façon de ces prétendus sonnets que nous donnent certains de nos confrères (témoin les *quatorze vers* relatifs à la *syphilis*, publiés récemment et, hélas! reproduits à tort et à travers sous cette rubrique : *Sonnet*. — Un sonnet sur sept rimes ! Un sonnet dont un quatrain est tout à rimes féminines !)

Et l'on recommandait l'auteur (heureusement pour lui anonyme) de cet odieux *sonnet* à M. Chereau pour la prochaine édition de son *Parnasse médical*. Nous espérons bien que M. Chereau fera

assertions des médecins américains touchant l'action salutaire de ce produit dans le traitement des affections susdites. Le médicament était administré de la façon suivante : un décigramme d'une solution à 20 pour 100 de nitroglycérine était diluée dans 10 grammes d'alcool rectifié et on faisait prendre aux malades, trois fois par jour, de 1 à 3 gouttes de cette solution alcoolique. Avec des prises de 2 gouttes, plusieurs des malades qui ont été soumis à cette médication ont éprouvé de la pesanteur de tête, de la congestion céphalique et d'autres incommodités sans gravité d'ailleurs. Mais la tolérance pour le médicament était assez prompte à s'établir, et au bout d'un certain temps des prises de 3 gouttes étaient très bien tolérées. Par raison de prudence, il y a lieu toutefois de ne commencer que par des prises de 1 goutte.

Quant aux résultats obtenus par M. O. Berger, ils ont été absolument négatifs dans les cas d'épilepsie et très satisfaisants dans bon nombre de cas de céphalalgie nerveuse de cause indéterminée. Comme la médication a pu être poursuivie sans danger pendant des périodes de temps assez longues, M. Berger pense qu'il y a lieu de répéter et de multiplier ces essais dont l'initiative revient à Hammond.

— M. Hegar (de Fribourg) (1) a fait préparer par M. E. Merk (de Darmstadt) du phosphate de codéine soluble dans quatre fois son poids d'eau et qui, en raison de cette grande solubilité, se prête mieux à l'administration par la voie hypodermique que le sulfate et le chlorhydrate de codéine. Ce nouveau sel offre d'ailleurs, au point de vue de son aspect extérieur, une grande ressemblance avec le sulfate et le chlorhydrate. Il est blanc, d'une saveur amère, cristallise en petites colonnes à quatre pans, et renferme environ 70 pour 100 de codéine. Cet alcaloïde, on le sait, est doué des mêmes propriétés sédatives et analgésiantes que la morphine, sans exercer sur les centres nerveux une action aussi stupéfiante que ce dernier. Les injections sous-cutanées faites avec une solution de phosphate de codéine n'occasionnent pas de réaction locale bien accusée.

— Voici d'autre part une série d'agents thérapeutiques (2) récemment introduits dans la pharmacopée américaine :

(1) MEMORABILIEN, 1883, n° 5.
(2) THE THERAPEUTIC GAZETTE, 1883.

Le Cheken (*Eugenia cheken*) est une myrtacée qui croît dans les forêts du Chili et qui est utilisée par les indigènes, depuis un temps immémorial, comme un astringent aromatique, dans le traitement des inflammations chroniques des muqueuses, particulièrement du catarrhe chronique de la vessie et de la bronchite chronique des vieillards. A la dose quotidienne de 1 à 3 dragmes, l'extrait fluide de cheken communique une plus grande fluidité à la sécrétion bronchique et facilite l'expectoration, en même temps que par son action modificatrice sur la muqueuse, le médicament hâte la guérison définitive du catarrhe. Dans les cas de gonorrhée, de leucorrhée, de cystite, le médicament est employé en injections.

Une autre plante douée de propriétés analogues est connue dans les pays espagnols de l'Amérique du sud sous le nom de *Yerba santa* (*eryodicton californicum*). Chez les Indiens, cette plante jouit de la propriété de guérir les cas de consomption pulmonaire les plus avancés, croyance qui se trouve en opposition avec les résultats des observations cliniques faites par des médecins américains. Ces observations ont démontré, par contre, que l'*Yerba santa* est douée de propriétés *eupnéiques* puissantes, qui se manifestent aussi bien dans les cas d'asthme, lorsque la plante est employée sous forme de fumigations, que dans les cas de bronchite chronique, de pneumonie et de tuberculose pulmonaire, sous forme d'extrait fluide et à la dose croissante de quinze gouttes à une cuillerée à café. On attribue à cet extrait fluide des propriétés à la fois toniques, sédatives et astringentes, et en outre une action modificatrice sur les muqueuses, comparable à celle des balsamiques. A ce dernier titre, l'extrait fluide d'*Yerba santa* a été employé avantageusement dans les affections chroniques des reins. Sous l'influence de la médication, on observe, outre les modifications locales du côté des muqueuses, des effets généraux qui se traduisent par le retour de l'appétit, des forces et de l'embonpoint, le relèvement des fonctions digestives.

Dans les cas de phthisie laryngée, l'usage de l'extrait fluide de l'*Yerba santa* aurait également pour effet de combattre l'aphonie et l'enrouement.

Le nom de *Boldo* est donné au Chili à une plante originaire de ce pays, dont les feuilles servent à la préparation d'une teinture et d'un extrait fluide qu'on prescrit en Amérique dans les cas d'adynamie et pour parer à la faiblesse des contractions cardiaques. Ces feuilles renferment une huile essentielle,

---

la sourde oreille. Il agira bien mieux en donnant la préférence à l'auteur du sonnet suivant :

CHLOROSE

Je ne veux pas savoir le nombre d'hématies
Que la chlorose avare a laissé dans ton sang.
Je ne veux pas compter sur ton front languissant
Les pétales restés à tes roses transies.

Pauvre enfant! Le nerf vague, aux milles fantaisies,
Donne seul à ton cœur son rythme bondissant;
Seul il rougit parfois ton visage innocent
De l'éclat sans chaleur des pudeurs cramoisies.

Pour le dompter, veux-tu connaître un moyen sûr?
N'épuise plus en vain les sources martiales,
Mais laisse-toi conduire aux choses nuptiales.

Au soleil de l'amour ouvre tes yeux d'azur,
Suis la loi; deviens femme, et qu'en ton sein expire
Dans les blancheurs du lait la pâleur de la cire.

En quittant les deux volumes de M. Witkowski, nous signalerons d'abord un oubli : — Les réponses aux dix énigmes placées aux pages 157 à 160 ont été omises à la fin du livre des *Drôleries*. — Ensuite nous exprimerons le vœu que dans les volumes qui suivront on ait soin d'indiquer d'une manière plus régulière les sources auxquelles ont été faits les emprunts.

(A suivre.)

Dr ALBERTUS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les étudiants en médecine qui ont subi avec succès leur premier examen de doctorat (nouveau régime) sont invités à se faire inscrire immédiatement à l'École pratique pour prendre part aux démonstrations d'ostéologie, dont la dernière série doit commencer très prochainement.

CONCOURS. — La première épreuve (composition écrite) du concours pour les prix de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 3 novembre 1883.

Maladies du larynx et du nez. — A partir du 1er novembre la clinique des maladies du larynx et du nez, du docteur Cartaz, ancien interne des hôpitaux, sera ouverte les mardis et samedis à neuf heures et demie, 29, rue des Petits-Carreaux.

donée d'une action modificatrice puissante sur les muqueuses enflammées, propriété qui a été utilisée dans le traitement des inflammations de l'appareil génito-urinaire.

Des recherches expérimentales de M. Verne ont conduit l'auteur à ce résultat, que les préparations de *boldo* augmentent la quantité d'urée éliminée par les urines sans influencer l'abondance de ces dernières ; on retrouve dans les urines des principes aromatiques. La température et la circulation ne sont pas non plus modifiées par ces préparations.

Le *Cereus grandiflora* et le *Cereus Bomplandii*, deux plantes du genre cactus, ont servi à la préparation d'un extrait fluide qui est également utilisé en Angleterre et en Amérique à titre de médicament cardiaque. L'extrait préparé avec la première de ces deux plantes était en usage depuis assez longtemps et avait acquis une telle popularité, que pour satisfaire aux besoins de la droguerie on a utilisé pour la préparation d'un extrait similaire le *Cereus Bomplandii*, doué des mêmes propriétés physiologiques. L'extrait en question passe pour stimuler l'action frenatrice du pneumogastrique ; l'emploi du remède serait donc indiqué surtout dans les cas de troubles fonctionnels du cœur, palpitations, arythmies, dépendant d'une insuffisance d'action des filets modérateurs du nerf vague plutôt que d'une lésion organique. Toutefois, dans ce dernier cas, l'extrait fluide de *Cereus Bomplandii* serait un adjuvant précieux de nos médicaments cardiaques vulgaires, tels que la digitale, le bromure de potassium

E. Ricklin.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Cinquante-sixième réunion des naturalistes et des médecins allemands

tenue à Fribourg du 18 au 23 septembre 1883

Section de médecine

De l'atrophie musculaire progressive, par le professeur Lichtheim (de Berne). — M Lichtheim a soutenu cette thèse, qu'on ne saurait plus aujourd'hui admettre l'unité nosologique du syndrome clinique désigné sous le nom d'atrophie musculaire progressive. Pour Lichtheim, il existe au moins trois formes cliniques qui se rattachent à ce syndrome :

1° Une forme qui est indubitablement d'origine spinale ; elle comprend les cas d'atrophie musculaire progressive qui se combinent avec la paralysie bulbaire. La lésion, dans ces cas, n'intéresse pas exclusivement les cornes antérieures, mais encore les faisceaux pyramidaux de la moelle ;

2° Une forme typique, caractérisée anatomiquement par l'altération des cornes antérieures sans participation des faisceaux pyramidaux. L'altération des cornes antérieures est si semblable à celle qu'on rencontre dans la forme précédente, que sa nature spinale paraît également très admissible.

3° Une forme myopathique primitive, qui par ses caractères cliniques semble répondre à la forme *juvénile* d'Erb.

M. Erb accepte dans leur ensemble les idées émises par M. Lichtheim sur cette difficultueuse question de pathologie. Il insiste sur ce que la symptomatologie de l'atrophie musculaire progressive n'est encore que très imparfaitement connue. Quoiqu'on ait éliminé du cadre de cette maladie complexe un certain nombre d'affections qui étaient jadis confondues avec elle, l'atrophie musculaire progressive englobe encore des maladies dissemblables, que même le clinicien exercé est incapable de distinguer les unes des autres. Une chose cependant lui paraît ressortir d'une façon certaine des faits relativement nombreux qu'il a été à même d'observer, c'est qu'en regard de la forme spinale, il y a lieu de maintenir cette autre forme d'atrophie musculaire progressive, qu'il a qualifiée de *juvénile* et dont voici les caractères : elle se montre dans l'enfance ou dans l'adolescence, exceptionnellement au delà de vingt ans ; elle évolue avec beaucoup de lenteur et peut rester stationnaire. Elle se manifeste par une faiblesse et une atrophie progressive de certains muscles de l'épaule, des bras, du bassin, ne s'accompagne pas de tremblements fibrillaires, ni des signes de la réaction de dégénérescence ; dans les muscles atrophiés les faisceaux restants sont durs, jamais flasques. Elle se combine presque toujours avec une hypertrophie réelle ou une pseudo-hypertrophie musculaire. Presque toujours, elle débute par les membres supérieurs, beaucoup plus rarement par les membres inférieurs ; elle ne s'accompagne jamais de troubles de la sensibilité. Dans les cas typiques de cette forme juvénile, l'atrophie respecte l'avant-bras et la main, ainsi que les muscles innervés par le tibia à la jambe, tandis que ceux innervés par le péronée sont frappés d'atrophie ; de même pour les pectoraux, le grand et le long dorsal, les fléchisseurs du bras, le long supinateur et le triceps brachial. D'autres muscles ne sont atteints que tardivement : le sterno-mastoïdien, le sous-scapulaire, le sus et le sous-épineux, ce dernier est souvent hypertrophié

L'excitabilité mécanique des muscles atrophiés est abolie. Leur excitabilité galvanique et faradique est abaissée. La marche de la maladie est très lente. Sa durée peut dépasser trente années. Le pronostic n'est pas aussi mauvais que pour la forme vulgaire de l'atrophie musculaire progressive

De la forme héréditaire du diabète insipide, par le professeur Weil (de Heidelberg). — M. Weil a dressé l'arbre généalogique d'une famille qui, sur 91 membres, dont 70 encore en vie, en compte 23 affectés du diabète insipide. De ces 23 sujets polyuriques, 5 sont morts ; 1 s'est fixé en Amérique ; les 17 autres ont été examinés par M. Weil. Il n'y a point d'autre maladie héréditaire dans cette famille, dont les membres jouissent d'ailleurs d'une constitution robuste et atteignent pour la plupart un âge très avancé. Ainsi l'aïeul est mort à quatre-vingt-trois ans ; une de ses filles à soixante-quatorze ans ; trois autres vivent et sont âgées l'une de quatre-vingt-deux ans, les deux autres de soixante-seize et soixante-cinq ans. Les 17 polyuriques encore en vie sont âgés l'un de soixante-seize ans, un autre de soixante-cinq ans, un troisième de cinquante-deux ans, un quatrième de quarante-deux ans, un cinquième de trente-neuf ans ; deux autres sont âgés de vingt à trente ans ; six autres, de dix à vingt ; les quatre derniers, de deux à huit ans. Tous sont en parfaite santé, hors qu'ils sont en proie à une soif très vive, en rapport avec l'activité de leurs fonctions rénales, qui est tout à fait surprenante.

En effet, la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures s'élève à 6 et 7 litres chez les plus jeunes de ces polyuriques, qui n'ont pas dépassé l'âge de treize ans ; chez un autre, âgé de quarante-deux ans, elle s'élève à 16 et 17 litres ; chez les deux aînées de la famille, âgées de soixante-cinq et soixante-seize ans, la quantité d'urine n'est que de 5 litres par jour. La quantité d'urine rendue en une fois est également très considérable : 1,100 c. c, chez l'un des enfants âgé de onze ans ; 2,000 c.c. chez un autre sujet âgé de quarante-deux ans. L'appétit est normal, les digestions sont régulières. Aucun des membres de la famille ne présente de troubles nerveux ou génitaux. Chez tous ceux qui sont affectés de polyurie, ce symptôme remonte à la première enfance ; elle atteint son maximum vers l'âge de vingt ans, pour aller de nouveau en diminuant à partir de soixante ans. Cette polyurie persiste jusqu'à la mort ; sa durée est donc indéterminée et son pronostic très favorable, puisqu'elle ne porte nulle atteinte à la santé générale.

A certaines questions qui lui ont été posées par un des assistants, M. Weil a répondu que chez tous ces polyuriques le cœur et

les vaisseaux étaient dans un état parfaitement normal ; qu'un seul abusait des boissons spiritueuses, modérément d'ailleurs ; qu'il était impossible de faire intervenir l'imitation dans le développement de cette polyurie de famille, puisque le symptôme en cause débutait dans la première enfance, épargnant d'ailleurs une partie des descendants. Aucun de ces sujets n'a réussi à vaincre sa soif à force d'habitude et de bonne volonté. Un seul a pu être soumis à des essais réguliers de traitement, à l'hôpital. Des médicaments employés, il n'y eut que le seigle ergoté qui ait diminué la soif et l'abondance des urines. Mais le malade ne s'en trouvait que plus mal.

Sur certains médicaments hypothermisants, par M. Rumpf (de Bonn). — La communication de M. Rumpf visait l'influence que les narcotiques sont susceptibles d'exercer sur la température corporelle. Des observations de l'auteur établissent que l'administration du chloral et de la morphine peut, chez les cobayes, faire tomber la température interne de 39o,5 à 18o et au-dessous ; avec le chloroforme, on peut obtenir des abaissements de température de 10o, et de 4o à 6o avec l'éther. La cause de cette action hypothermisante réside dans une diminution de la calorification ; en effet, quand les animaux sont plongés dans une narcose profonde, ils absorbent dix fois moins d'oxygène que dans les circonstances ordinaires, et l'exhalation de l'acide carbonique est diminuée en proportion.

Le professeur Ewald (de Berlin) a fait observer que M. Filehne et lui-même avaient déjà entrepris des recherches concernant l'influence que le sommeil artificiel exerce sur l'absorption de l'oxygène. Celle-ci diminue effectivement pendant la narcose, mais il n'est pas démontré pour cela que les oxydations organiques diminuent.

E. Ricklin.

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 octobre 1883.— Présidence de M. E. Blanchard.

Sur la forme et les caractères de la contraction musculaire réflexe. — Note de M. H. Beaunis.

La forme de la contraction musculaire, telle qu'on l'obtient par l'excitation directe du muscle, du nerf moteur ou de la racine motrice, a été étudiée dans tous ses détails ; les types de la secousse et du tétanos directs sont aujourd'hui classiques. Il n'en est pas de même de la contraction musculaire réflexe.

Cette contraction réflexe, obtenue par l'excitation de la périphérie sensitive, du nerf sensitif ou de la racine sensitive, doit être étudiée sous ses deux formes, celle de secousse et celle de tétanos.

La secousse musculaire réflexe, consécutive à une excitation unique, mécanique ou électrique, se distingue de la secousse directe par son amplitude moindre, sa durée plus longue, l'augmentation de la période d'excitation latente, et par la présence plus fréquente d'un certain degré de contracture consécutive. Ces caractères ont déjà été indiqués en partie par quelques physiologistes et, en particulier, par Wundt.

Le tétanos réflexe, ou, pour parler plus exactement, la contraction réflexe qui succède à des excitations tétanisantes, mécaniques ou électriques, possède des caractères qui le différencient complètement du tétanos direct, caractères sur lesquels ne s'est pas portée jusqu'ici l'attention des physiologistes.

Ce qui distingue surtout la contraction réflexe qui succède aux excitations tétanisantes, c'est la variabilité de sa forme, qui contraste avec la régularité du tétanos direct. Cette contraction réflexe peut en effet se présenter, tantôt sous la forme de secousse simple, quelquefois allongée comme celle des muscles lisses, tantôt sous celle de secousses irrégulières plus ou moins fusionnées, tantôt sous celle de tétanos incomplet, plus rarement enfin sous la forme de véritable tétanos, mais qui, même dans ce cas, ne possède jamais la régularité typique du tétanos direct.

Le tétanos réflexe apparaît plus tard que le tétanos direct, et très souvent il ne se montre qu'après la cessation de l'excitation tétanisante, à moins que cette excitation ne soit prolongée très longtemps.

La durée du tétanos réflexe est indépendante, dans certaines limites, de la durée de l'excitation tétanisante. Du reste, d'une façon générale, il n'y a pas, entre l'excitation et le tétanos réflexe, l'étroite relation qui existe entre l'excitation et le tétanos direct.

La strychnine modifie la forme du tétanos réflexe et lui imprime les caractères du tétanos direct. C'est précisément parce que la plupart des expérimentateurs ont employé cette substance pour étudier les phénomènes réflexes que les formes *normales* du tétanos réflexe ont été méconnues.

La forme de la contraction réflexe paraît tenir à des phénomènes d'arrêt qui se passent dans les centres nerveux : à ce point de vue, on pourrait dire que le tétanos réflexe n'est autre chose qu'un tétanos direct, modifié par des actions d'arrêt.

Les expériences qui m'ont permis d'arriver à ces conclusions générales ont été faites exclusivement sur la grenouille. Je joins à cette note quelques tracés représentant les types principaux du tétanos réflexe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre 1883. — Présidence de M. Hardy.

M. le ministre de l'intérieur transmet un exemplaire du rapport qui vient d'être publié sur la statistique de l'émigration de l'année 1878 à l'année 1881.

La correspondance non officielle comprend : Une lettre de Mme veuve Alexis Moreau par laquelle, suivant les derniers désirs exprimés par son mari, elle offre à l'Académie le grand atlas de Hunter, un portrait du professeur Moreau père, une épreuve du portrait de Lapeyronnie, fondateur de l'Académie de chirurgie, et une boîte d'instruments ayant appartenu à Evrat et à Moreau père. Des remerciments seront adressés, au nom de l'Académie, à Mme veuve Alexis Moreau.

M. le docteur Liégey (de Choisy-le-Roi) se porte candidat au titre de membre correspondant.

M. le docteur Badal (de Bordeaux) adresse un mémoire sur le traitement du glaucome par l'arrachement du nerf nasal externe (présenté en séance par M. Giraud-Teulon. Comm. MM. Perrin et Giraud-Teulon).

Travaux présentés. — Note sur la poudre de lin inaltérable pour la confection des cataplasmes, par M. Lailler. — *Mutité et Surdidmutité* extrait du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par M. le docteur Gellé. — Documents pour servir à l'histoire de l'inoculation de la variole humaine aux animaux, extrait de l'*Histoire de la vaccine*, par le docteur Steimbenner.

— M. le président annonce à l'Académie la nouvelle de la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Depaul, l'un de ses membres les plus distingués et l'un de ses anciens présidents, enlevé en trois jours par une fluxion de poitrine, dans sa propriété de Morlaas près Pau (Basses-Pyrénées). M. le président croit devoir, en cette circonstance, se faire l'interprète des sentiments de la Compagnie auprès de la famille de M. Depaul.

M. Depaul ayant été président de l'Académie, la séance est levée, suivant l'usage, en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 octobre 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

M. LABBÉ, à propos du procès-verbal, vient faire une réclamation au sujet de la gastrotomie. Dans un mémoire de M. Petit sur cette opération, l'auteur, au commencement de son livre, reconnaît l'impulsion donnée à cette opération par M. Labbé et décrit son procédé. Mais, à la fin du livre, M. Petit attribue ce même procédé à M. Verneuil, et c'est sur ce point que M. Labbé réclame, le procédé de gastrotomie actuellement mis en pratique ayant bien été indiqué par lui.

M. VERNEUIL : Il y a là une petite confusion facile à détruire; il existe pour la gastrotomie un point d'indication thérapeutique et un point de manuel opératoire.

Ce dernier appartient incontestablement à M. Labbé.

Mais il l'avait employé comme taille stomacale pour retirer un corps étranger de l'estomac, tandis que M. Verneuil l'a employé pour créer une voie artificielle dans les cas de rétrécissement de l'œsophage.

M. Petit n'a certainement pas voulu débaptiser le procédé de M. Labbé, et il n'a voulu parler que du moyen employé par M. Verneuil dans les cas de rétrécissement de l'œsophage; au lieu de dire : « le procédé », il aurait dû dire : « la méthode de M. Verneuil ».

— TAILLE HYPOGASTRIQUE. — M. PÉRIER communique trois observations de cette opération :

1o Homme de cinquante-huit ans, hémorrhoïdaire depuis vingt-sept ans. Il a eu des coliques néphrétiques, puis des troubles dans la miction. A la fin de 1881, aggravation notable des accidents, urines albumineuses. Quelques mois plus tard, l'on constate la présence d'un calcul immobile, ayant 4 centimètres de diamètre.

Opération. — Incision de 8 centimètres, ouverture de la vessie; le calcul, qui était très adhérent à la vessie, fut décortiqué avec le doigt; drainage, suture, suites très bénignes; guérison au bout d'un mois.

2o Homme de soixante-dix-sept ans, ayant subi trois fois la lithotritie; catarrhe vésical, calcul volumineux, douleurs vives.

Opération. — Tout se passa bien, mais le malade ne fut guéri qu'après plusieurs alternatives de mieux et de rechute. La plaie se rouvrit plusieurs fois ; actuellement il est relativement guéri, c'est-à-dire que le catarrhe vésical a persisté et que le malade est obligé de se sonder deux fois par jour.

3o Homme de trente et un ans, ayant un calcul congénital, dont il a toujours souffert; mais depuis quelque temps les accidents se sont aggravés, et M. Périer pratiqua la taille hypogastrique. L'extraction du calcul fut très difficile, parce que celui-ci était engrené dans la muqueuse vésicale. Le malade guérit parfaitement.

Ces trois observations viennent encore confirmer les bons résultats que donne la taille hypogastrique. M. Perier, en terminant, engage M. Després à se servir du ballon rectal, et il pourra voir combien son emploi facilite l'opération.

M. DESPRÈS : Je comprends que le ballon rectal facilite la recherche du calcul, dans les cas où celui-ci est très petit; mais autrement il est inutile et ne fait que compliquer l'opération. Du reste, le col de la vessie n'est pas si éloigné du pubis qu'on le pense généralement, car j'ai pu l'atteindre facilement avec l'index et pratiquer ainsi le cathétérisme rétrograde.

— AMPUTATION CONGÉNITALE — M. RECLUS présente à la Société une petite fille de douze mois qui était atteinte d'une série de lésions congénitales. A droite, elle avait un pied-bot varus et une syndactylie; cette dernière a dû être acquise pendant la vie intra-utérine. Du côté gauche, il existait sur la jambe un sillon analogue à celui qu'aurait produit une ligature fortement serrée; au-dessous de ce sillon, le membre était un peu atrophié et il y avait de la bouffissure des tissus. M. Verneuil, lorsqu'il vit l'enfant, se borna à réduire le pied-bot, ne voulant pas encore tenter d'autre opération à cause du jeune âge de l'enfant.

Ce n'est que quelques mois plus tard que M. Reclus vit cette enfant; la constriction avait encore augmenté, et l'atrophie devenait de plus en plus considérable; c'est alors qu'il se décida à faire l'opération, et au moyen de deux incisions circulaires, une audessus, l'autre au-dessous du sillon; il enleva la bride fibreuse. La réunion s'est faite par première intention, et les accidents paraissent avoir été conjurés par cette opération.

L'examen de cette bride fibreuse a été fait par M. Suchard. Au niveau du sillon, il a constaté la disparition du tissu graisseux, et une altération profonde du derme, consistant en un feutrage dense et épais, en somme une lésion semblable à celle qui est décrite dans l'*aïnhum*. M. Reclus cite quelques observations publiées par MM. Trélat, Lannelongue, Beauregard, et qui montrent que la lésion peut, au bout d'un certain temps, aboutir à l'amputation partielle, ou à des troubles trophiques plus ou moins graves.

M. TRÉLAT : Pour les pathologistes, les lésions des amputations congénitales et celles décrites dans l'aïnhum sont les mêmes; je ne partage pas cette opinion, et je crois qu'il y a une distinction à faire dans ces deux cas.

M. GUÉNIOT fait remarquer qu'il faut distinguer les brides qui ont pour siége la peau de celles qui viennent du dehors, comme les brides formées par une portion de l'amnios.

— THYROÏDECTOMIE. — M. POZZI présente une tumeur du corps thyroïde qu'il a enlevée dernièrement à l'hôpital. (Voir plus haut la communication *in extenso*).

M. VERNEUIL : Je puis citer deux observations dans lesquelles l'emploi des pinces en permanence a amené un fâcheux résultat. Dans les deux cas, il s'agissait de l'ablation d'une tumeur du sein avec ganglions axillaires. Dans le premier cas, voyant un suintement de sang au fond de l'aisselle, j'y plaçai une pince que je laissai à demeure; au bout de quelques jours, la pince en tombant amena une hémorrhagie foudroyante qui emporta la malade, et à l'autopsie on trouva une grande perte de substance à l'artère axillaire, qui avait été sans doute mordue par la pince.

Le deuxième cas s'est présenté en province dans des conditions tout à fait semblables.

M. TILLAUX fait remarquer que dans la plupart des cas la trachéotomie préalable ne peut être faite à cause de la présence de la tumeur. Pour cette opération, il renonce volontiers à l'emploi du chloroforme, qu'il remplace par du chloral et une piqûre de morphine.

Séance du 24 octobre 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

Après la lecture du procès-verbal M. le Président annonce la mort de M. le professeur Depaul, membre honoraire et ancien président de la Société de chirurgie, et lève la séance en signe de deuil.

Dr HENRI BASTARD.

FORMULAIRE

POMMADE AU SOUFRE CONTRE LE PITYRIASIS DU CUIR CHEVELU.

(UNNA.)

Rec. Soufre précipité........ 3 grammes.
Onguent simple........ 30 —

M. s. a. Enduire le cuir chevelu avec cette pommade tous les soirs d'abord, puis à des intervalles de plus en plus éloignés, à mesure que la chute des lamelles épidermiques diminue. Tous les quatre ou cinq jours, nettoyage en règle de la tête.

L'usage persévérant de cette pommade (qui n'est autre que celle

connue dans le commerce sous le nom de *philodermine*) arrête, au dire d'Unna, la chute des cheveux occasionnée par le pityriasis du cuir chevelu.

Pommade contre la séborrhée sèche qui s'accompagne presque toujours d'un certain degré d'irritation du cuir chevelu.

Unna préconise l'emploi de la préparation suivante ;

Rec. Oxyde de zinc.................. } ââ 3 grammes.
Soufre précipité.................. }
Axonge de porc.................. 30 —

M. s. Enduire le cuir chevelu avec cette pommade le soir avant le coucher. Le matin, au moment de la toilette, laver le cuir chevelu avec de l'eau de savon tiède.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et pratique des maladies du cœur et de la crosse de l'aorte, par Michel Peter, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine (avec 4 planches en chromolithographie et 54 figures intercalées dans le texte). — Paris, 1883, J.-B. Baillière et fils.

Le livre que M. le professeur Peter vient de publier résume l'enseignement original et les recherches savantes de ce maître.

On y trouve, presque à chaque page, des observations, des idées, des théories absolument neuves et qu'on demanderait vainement aux traités classiques antérieurs.

Nous nous attacherone surtout, dans l'analyse que nous allons faire, à ces parties originales d'une œuvre trop vaste pour être scrutée dans tous ses recoins.

Dans un champ si souvent exploré depuis les belles recherches de Bouillaud, M. Peter a su trouver encore les éléments d'une étude féconde en résultats pratiques.

Une pression digitale méthodique exercée aux divers points des espaces intercostaux lui permet d'entrevoir les lésions de l'aorte, du péricarde, du myocarde; de deviner les modifications plus délicates des nerfs et des ganglions cardiaques. L'aortite et la névrite du plexus cardiaque qui en est la conséquence se traduisent par un *point douloureux* au niveau du deuxième espace intercostal gauche, tout près du sternum. Une pression exercée en *plein cœur*, sur les troisième, quatrième, cinquième et sixième espaces gauches, s'éloignant de plus en plus du sternum à mesure qu'elle descend, indique, si elle est douloureuse, la myocardite ; cette myocardite est-elle partielle, siège-t-elle à la pointe, elle n'a qu'un point douloureux au niveau de cette pointe. Occupe-t-elle les ventricules, la douleur présente son maximum au niveau des quatrième et cinquième espaces.

M. Peter n'a pas hésité à s'engager dans cette voie des troubles dynamiques du cœur, que les anciens, organiciens purs, n'avaient pas osé affronter. Il poursuit les irradiations douloureuses que les lésions de l'appareil nerveux cardiaque déterminent secondairement vers les nerfs phréniques, les nerfs pneumogastriques, les nerfs cervicaux et brachiaux. L'exploration habile à laquelle il se livre le conduit à une conception séduisante des diverses variétés de l'angine de poitrine.

L'angine de poitrine peut être due à une *névrite* ou à une simple *névralgie* du plexus cardiaque ; on pourrait même admettre entre ces deux types un troisième type de transition qui serait la *fluxion* rhumatismale du plexus. Une névrite du plexus cardiaque peut être aiguë et succéder à la péricardite ; mais elle est beaucoup plus souvent chronique et d'origine aortique. La névralgie simple se rencontre surtout chez les névropathes et les tabagiques. L'angine de poitrine est l'expression douloureuse de l'intoxication tabagique aiguë ou chronique. Cette variété est moins grave que la première et ne présente pas les points douloureux révélateurs de l'aortite. Suivant M. Peter, la lésion des artères coronaires, si souvent signalée comme la lésion de l'aorte, n'est qu'une fraction de l'anatomie pathologique : c'est parce que les nerfs cardiaques sont altérés par propagation (aortite, péricardite), ou offensés par irradiations (vapeurs irritantes, émotions, etc.), qu'il y a angine de poitrine.

Signalons en passant l'étude fort intéressante et très complète des douleurs *périphériques* et *viscérales* de la péricardite. La douleur viscérale produirait par action réflexe un *tétanos vasculaire* expliquant la pâleur, le facies hippocratique, le refroidissement des extrémités, la petitesse du pouls qu'on observe parfois.

L'étude de la péricardite est en effet très favorable à l'examen des troubles nerveux secondaires, et M. Peter a raison de protester contre le point de vue un peu étroit auquel on s'était jusqu'alors placé, en ne voyant dans le cœur que des orifices et des soupapes, et dans la pathologie cardiaque que des maladies orificielles et valvulaires. Il y a aussi des *névroses* indépendantes ou consécutives, dont le rôle trop effacé doit souvent être mis au premier plan.

La description des myocardites occupe une place importante dépassant de beaucoup l'étendue que lui consacrent les auteurs classiques. Il y a des myocardites aiguës généralisées primitives, mais elles sont rares et succèdent plus souvent à des états infectieux. Les myocardites localisées sont presque toujours le fait d'une propagation (endo-péricardite).

Parmi les myocardites chroniques, il en est une qu'on étudie beaucoup depuis quelques années, c'est la myocardite scléreuse, simple localisation de l'artério-sclérose que M. Peter avait signalée dans ses leçons cliniques de la Pitié en 1868, par conséquent avant Gull et Sutton. Dans le syndrôme clinique bien connu caractérisé par la néphrite interstitielle, l'hypertrophie du ventricule gauche et le bruit de galop, M. Peter subordonne tout à l'*endartérite généralisée*. C'est parce qu'il y a endartérite généralisée : 1° que le ventricule gauche s'hypertrophie ; 2° c'est parce qu'il s'hypertrophie qu'il y a défaut de synchronisme dans la contraction des deux ventricules, — d'où le bruit de galop ; 3° c'est parce qu'il y a, — de par l'endartérite généralisée, — artérite rénale, qu'il y a néphrite interstitielle.

Passant à la description des endocardites, M. Peter est amené à s'expliquer sur la nature de l'endocardite ulcéreuse : pour lui, ce n'est pas une entité morbide, mais une variété contingente et fortuite de l'endocardite végétante. Sans nier l'existence des microbes que plusieurs auteurs ont trouvé dans cette affection, il ne leur accorde qu'une importance secondaire. Ce qui fait la gravité spéciale de cette endocardite, c'est, d'une part, le mauvais terrain sur lequel elle survient, et, d'autre part, les accidents septicémiques et emboliques qui résulteraient de l'ulcération et de la fragmentation des végétations.

Dans un remarquable chapitre qui sert d'introduction à

l'histoire des différentes lésions valvulaires, M. Peter expose dans un style clair et pittoresque les conséquences mécaniques et cliniques des lésions valvulaires en général.

Il donne le pas aux lésions d'insuffisance sur les lésions de rétrécissement, celles-ci n'étant que la suite plus ou moins tardive de celles-là. Une endocardite valvulaire produirait tout d'abord un défaut de coaptation des valvules (insuffisance) à laquelle viendrait s'ajouter ensuite la rétraction (rétrécissement). Cette conception des lésions orificielles conduit à simplifier l'étude des bruits du cœur et à n'accorder une réelle importance qu'au siège des souffles (base ou pointe), le temps (1er ou 2e) n'indiquant que l'ancienneté plus ou moins grande de la maladie.

La grossesse est une complication parfois redoutable des maladies du cœur; elle entraîne surtout des congestions pulmonaires qui peuvent aller jusqu'à l'hémoptysie et l'asphyxie; M. Peter est le premier auteur qui ait bien décrit ces *accidents gravido-cardiaques*. Ces accidents peuvent entraîner la mort de la femme; ils peuvent entraîner la mort de l'enfant et l'avortement. Les émissions sanguines générales ou locales constituent le meilleur traitement à leur opposer.

M. Peter explique les palpitations de cœur par des troubles multiples dans l'innervation du cœur. Il y aurait des palpitations par excès et par défaut d'innervation; les premières sont toutes celles qui résultent de l'excitation des cellules ganglionnaires du myocarde, de l'excitation du grand sympathique ou de l'activité exagérée du cœur luttant contre un obstacle (palpitations spasmodiques); les secondes résulteraient d'une diminution de l'activité des pneumogastriques, de la fatigue ou de l'altération du myocarde (palpitations paralytiques). A côté de cette sorte d'antithèse physiologique de palpitations par excès ou par défaut d'innervation, se voit une sorte d'antithèse pathologique, les palpitations pouvant résulter de la pléthore ou de l'anémie.

Quoique le goître exophthalmique ne soit pas une maladie du cœur, M. Peter l'étudie à la suite des cardiopathies, suivant l'usage. D'après les examens cliniques auxquels il s'est livré et les résultats de deux autopsies, il croit pouvoir affirmer qu'il y a hypertrophie du cœur dans la maladie de Graves. Il croit, avec beaucoup d'auteurs, que le goître exophthalmique est une *affection du sympathique*, mais sans méconnaître les accidents cérébraux et autres qui en font une maladie générale avant tout.

L'exposé des maladies de la crosse de l'aorte termine le volume : l'aortite aiguë, l'aortite chronique, les anévrysmes de la crosse aortique sont tour à tour décrits. Les principaux éléments de diagnostic de l'aortite aiguë sont : une *douleur angoissante* au niveau de la région préaortique, un *sentiment de brûlure* parfois atroce, et une *dyspnée* qui ne manque jamais, et qui est d'autant plus caractéristique que rien, à l'auscultation des organes respiratoires, ne paraît la motiver. Ces manifestations, qui rappellent assez bien l'angine de poitrine, sont accompagnées de signes physiques qui aident au diagnostic.

L'aortite chronique entraîne souvent des déformations, nodosités, irrégularités, dilatations du vaisseau; on observe encore ici des accès d'angine de poitrine par névrite secondaire du plexus cardiaque. Cette angine de poitrine peut être pendant longtemps le seul symptôme qui attire l'attention. Elle peut se rencontrer également dans l'anévrysme de la crosse aortique.

Il ne nous a pas été possible de donner une idée suffisante de toutes les questions traitées dans ce travail si complet et si riche en documents de toute sorte. Nous avons simplement voulu, par des exemples choisis çà et là dans les chapitres les plus nouveaux, montrer tout le profit qu'on peut retirer de la lecture d'une œuvre pour laquelle nous n'avons que des éloges.

J. Grancher.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Le professeur Depaul vient de mourir à Morlaas (Basses-Pyrénées), son pays natal, après quelques jours de maladie.

Anne-Jean-Marie Depaul était né le 26 juillet 1811 de parents peu fortunés. Il était destiné au commerce, mais la mort d'un de ses oncles, qui lui laissait une petite fortune, lui permit de suivre ses goûts, et il se rendit à Paris pour y étudier la médecine. Externe des hôpitaux en 1834, puis interne provisoire, il fut nommé titulaire au concours du 13 décembre 1835, en même temps que MM. Guéneau de Mussy (Noël), Fauvel (S.), Gosselin, Moissenet, etc.

Après une année d'internat en médecine, il passa deux ans à la clinique d'accouchements de la Faculté, et une année à la Maternité, fût reçu docteur en 1839 et nommé chef de clinique à la clinique d'accouchements de 1841 à 1843. Il concourut avec succès pour l'agrégation en 1847, supp'éa à diverses reprises le professeur Dubois qui l'avait pris en affection, devint en 1852 membre de l'Académie de médecine dont il fut successivement secrétaire annuel, directeur du service de vaccine, vice-président et président; puis, en 1853, chirurgien des hôpitaux, et enfin, en 1861, il fut nommé professeur titulaire de la clinique de la Faculté. Nous ne citerons que pour mémoire son élection comme membre du Conseil municipal de Paris, en 1871.

D'un abord un peu froid et ne visant pas la popularité, méthodique et laborieux, parlant facilement et clairement, Depaul était toujours écouté à l'Académie de médecine, où il prit part à toutes les grandes discussions relatives à l'art des accouchements. Ses leçons à l'hôpital, faites malheureusement devant un public d'élèves bien restreint, étaient empreintes d'un bon esprit pratique. Il en a recueilli un volume et se proposait d'en publier prochainement un second.

Nous citerons de lui : « Mémoire sur le diagnostic des positions et présentations par l'auscultation ». (Thèse de 1839). — « Traité théorique et pratique d'auscultation obstétricale. » — « De l'emploi des caustiques dans les maladies chirurgicales ». — Sur l'insufflation de l'air dans les voies aériennes chez les enfants qui naissent dans un état de mort apparente ». — « Sur l'emphysème qui succède brusquement à la rupture de l'un des points des voies aériennes. » — « Du torticolis. » (Thèse de concours). — « Sur l'influence de la saignée et du régime débilitant sur le développement de l'enfant pendant la vie intra-utérine, et sur l'application de cette méthode à certains vices de conformation du bassin. » — « Mémoire sur la rétention d'urine chez l'enfant pendant la vie intra-utérine, étudiée surtout comme cause de dystocie. » — « Rapport sur les vaccinations. » — « Archives de Tocologie. » — « Leçons. »

Louis Thuillier. — La plaque commémorative de la mort de Louis Thuillier vient d'être posée à l'École normale. Elle porte simplement ces mots en lettres d'or :

Louis Thuillier
mort pour la science
Alexandrie 1883.

La translation des restes du jeune et regretté savant se fera

aux frais de l'État. Le gouvernement s'efforcera d'abréger les formalités nécessaire pour cette translation.

Le conseil municipal de Paris a décidé, de son côté, que le nom de Louis Thuillier sera donné à une rue du quartier latin.

***

CHOLÉRA. — Le choléra a fait un retour offensif dans certains villages des environs d'Alexandrie et à Alexandrie même où quelques cas ont été signalés. C'est là un avertissement pour ne pas se départir complétement, comme une récente circulaire du ministre du commerce aux agents du service sanitaire pourrait le faire craindre, des mesures prises pour s'opposer à l'invasion du fléau.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Wurtz est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1883-1884, par M. le docteur Hanriot, agrégé.

— M. le docteur Gariel, agrégé, est rappelé à l'exercice du 1er novembre 1883 au 1er novembre 1884.

— Par arrêté ministériel le personnel des travaux pratiques est ainsi composé pour l'année scolaire 1883-1884 :

1° *Histologie* : Chef des travaux : M. Cadiat; préparateurs : MM. Gaucher et Variot ; Aides-préparateurs : MM. Launois et Sapelier.

2° *Physiologie*. — Chef des travaux : M. Laborde ; préparateurs : MM. Gley et Rondeau ; préparateurs-adjoints : MM. Martin et Pignol.

3° *Anatomie pathologique*. — Chef des travaux : M. Gombault ; préparateurs : MM. Babinski, Brault et Chantemesse ; moniteurs : MM. Dubar, Durand-Fardel et Jardet.

4° *Histoire naturelle*. — Chef des travaux : M. Faynet ; préparateurs-adjoints (zoologie) : M. Brumauld de Montgazon ; (botanique) : MM. Bergé et Blondel.

5° *Chimie*. — Chef des travaux : M. Gauthier ; préparateur : M. Etard ; préparateurs-adjoints : MM. Brémond, Groslous et Villain.

6° *Physique*. — Chef des travaux : M. Cuébhard ; préparateurs : MM. Mergier et Sandoz.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 12 AU JEUDI 18 OCTOBRE 1883.

Fièvre typhoïde 41. — Variole 3. — Rougeole 4. — Scarlatine 1. — Coqueluche 12. — Dipthérie, croup 35. — Dysentérie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 42. — Phthisie pulmonaire 207. — Autres tuberculoses 21. — Autres affections générales 60. — Malformation et débilité des âges extrêmes 40. — Bronchite aiguë 18. — Pneumonie 49. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 53, — au sein et mixte 33. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 95. — de l'appareil circulatoire 77. — de l'appareil respiratoire 70. — de l'appareil digestif 46. — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 34. — Causes non classées 3. — Total de la semaine : 989 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

54e année. 6e série. Tome V. N° 44 3 NOVEMBRE 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE** ;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN** ;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.**

Paris, le 1er novembre 1883.

Faculté de médecine de Paris : CHAIRES VACANTES, CHAIRES A CRÉER.

La mort de M. Lasègue, de M. Parrot et celle toute récente de M. Depaul laissent trois chaires vacantes à la Faculté de médecine de Paris ; on comprend qu'une assez vive agitation règne dans le corps des professeurs comme dans celui des agrégés.

Nous ne dirons rien de la succession de M. Lasègue ; le double mouvement qu'elle devait entraîner était parfaitement prévu et ne pouvait passionner les esprits. Il n'en est pas ainsi des deux autres, surtout de celle de M. Parrot.

La chaire de clinique des maladies des enfants avait pour titulaire un médecin ; il est question de la donner à un chirurgien ; de là une scission ou, si l'on aime mieux, une lutte de revendication entre le corps médical et le corps chirurgical des agrégés. Les médecins réclament l'héritage laissé par un des leurs ; les chirurgiens répondent qu'ils sont moins bien partagés que leurs collègues dans le nombre et la répartition des chaires de la Faculté, et qu'il est juste, dans une circonstance nouvelle où une candidature chirurgicale, appuyée sur des titres et des travaux importants, peut se produire, de leur en attribuer une de plus. Les maladies spéciales à l'enfance, ajoutent-ils, sont tout aussi fréquemment chirurgicales que médicales, et il n'y a pas de raison pour que médecins ou chirurgiens occupent la chaire en question à l'exclusion les uns des autres.

Il nous semble, en nous plaçant au point de vue de l'intérêt général, qu'il est facile de mettre les compétiteurs d'accord : c'est de dédoubler la chaire de clinique des maladies des enfants et d'avoir concurremment une chaire de clinique médicale et une chaire de clinique chirurgicale. La pathologie de l'enfance présente un cadre à la fois très spécial et très étendu ; une seule chaire est insuffisante à le remplir. Si elle est occupée par un médecin, la partie chirurgicale de l'enseignement est en souffrance ; si elle est attribuée à un chirurgien, la partie médicale est sacrifiée. L'administration de l'Assistance publique, pénétrée de cette pensée, a créé dans les hôpitaux d'enfants des services distincts de médecine et de chirurgie. La Faculté de médecine peut sans doute compter sur l'aide de l'enseignement clinique libre des hôpitaux, mais elle doit avant tout suffire par elle-même à l'enseignement qu'elle a mission de donner et, à ce point de vue, elle ne saurait offrir une organisation inférieure à celle de la clinique hospitalière.

La vacance de la chaire de clinique obstétricale inspire des réflexions du même genre. M. Depaul, quand il a réorganisé son service, avait réservé quelques lits pour l'enseignement clinique de la gynécologie. Mais, à vrai dire, cet enseignement tenait une si petite place que c'est comme s'il n'avait pas existé. Or, dans la spécialisation des différentes branches de la médecine, la gynécologie occupe un rang des mieux déterminés.

Dans la plupart des Facultés étrangères et, en France, à la Faculté de médecine de Lyon, elle possède une chaire de clinique magistrale. Il y a lieu d'être surpris que la Faculté de médecine de Paris, qui doit l'enseignement pratique à tant d'élèves, n'ait pas encore demandé la création d'une semblable chaire. Le maniement du spéculum n'est pas moins utile à connaître des futurs praticiens que celui du microscope ou de l'ophthalmoscope ; le toucher vaginal et le palper abdominal, dans les affections utérines, réclament tout autant une éducation préalable que la percussion et l'auscultation dans les affections thoraciques. Or dans quel service les élèves de la Faculté de médecine de Paris sont-ils exercés à ces modes d'investigation d'une pratique journalière ? Combien de jeunes docteurs quittent les bancs de l'Ecole sans avoir sous ce rapport les notions les plus élémentaires ! Aussi, parmi les praticiens, beaucoup se désintéressent du traitement des maladies utérines ; d'autres adoptent une médication uniforme et empirique souvent nuisible. Nous voyons ainsi tous les ans bon nombre de dames victimes de l'indifférence ou de l'inexpérience de médecins qui n'ont reçu à la Faculté qu'une instruction clinique incomplète.

Le gouvernement a fait des sacrifices considérables pour l'enseignement primaire. Il en fait d'importants pour l'enseignement secondaire, en particulier pour celui des jeunes filles. Il en doit de non moins grands à l'enseignement supérieur. Il est entré déjà, il faut le reconnaître, dans cette voie en dotant les Facultés de laboratoires ; mais ce qu'il importe surtout de développer c'est le haut enseignement professionnel dans la sphère duquel l'enseignement clinique de nos Facultés de médecine tient l'un des premiers rangs. Les réformes sur ce point sont nombreuses ; mais on ne saurait tout demander à la fois. Pour le moment, et à propos des chaires actuellement vacantes à la Faculté de médecine de Paris, ce qu'il faut réclamer avec instance c'est le dédoublement de la chaire

de clinique des maladies des enfants en chaire de clinique médicale et chaire de clinique chirurgicale, et celui de la chaire de clinique d'acconchements en chaire de clinique obstétricale et chaire de clinique des maladies des femmes : telle est la conclusion des considérations qui viennent d'être exposées.

Dr F. de Ranse.

La résection du pylore dans les cas d'ulcère rond avec rétrécissement infranchissable de l'orifice pylorique. — Accidents de tétanie causés par le lavage de l'estomac.

Dans sa dernière séance, la Société médicale des hôpitaux a touché à une question d'actualité, qui n'a pas jusqu'ici suffisamment attiré l'attention des médecins aussi bien que des chirurgiens français, car cette question confine aux domaines respectifs de la médecins et de la chirurgie. Il s'agit des indications de la *résection du pylore*, dans les cas de rétrécissement infranchissable de l'orifice qui fait communiquer l'estomac avec le duodénum. M. Dujardin-Beaumetz a présenté les pièces anatomiques relatives à un cas de ce genre. Le rétrécissement siégeait à l'origine du duodénum ; il était de nature cicatricielle, partant consécutif à un ulcère simple ; à peine parvenait-on à faire pénétrer une plume d'oie de l'estomac dans l'intestin. C'est essez dire que les aliments ne pouvaient franchir cet obstacle ; en effet le malade, de son vivant, rendait tout ce qu'il ingérait par les voies ordinaires ; il était donc voué à la mort par inanition, et c'est d'ailleurs à cette dernière cause que M. Dujardin-Beaumetz et d'autres membres de la société médicale ont rattaché les accidents de tétanie qui ont emporté le malade. Nous reviendrons sur ce dernier point.

Mais voyons d'abord la question des indications de la résection du pylore. M. Dujardin-Beaumetz et M. Debove ont exprimé l'avis que, dans un cas pareil à celui qui vient d'être mentionné, l'intervention chirurgicale pouvait seule arracher le malade à la mort par inanition. Nous ajouterons que deux faits, aussi curieux qu'instructifs, attestent l'exactitude de cette assertion.

L'extirpation du pylore, qui a été pratiquée plus de vingt fois depuis trois ans, dans des cas de cancers de la portion pylorique, l'a été aussi dans l'un ou l'autre cas de rétrécissement cicatriciel du pylore, consécutif à un ulcère rond : une première fois par M. Rydygier (1) ; aux quelques lignes que nous avons consacrées à ce fait au moment de sa publication (Voir Gazette médicale, 1882, n. 18), nous ajouterons seulement que la femme sur laquelle Rydygier a tenté cette première extirpation du pylore pour cause d'ulcère rond a fait l'objet d'une présentation publique six mois après l'opération, et qu'elle jouissait à ce moment d'une santé florissante.

La seconde tentative du même genre, qui a eu un dénouement tout aussi favorable, est d'un chirurgien hollandais, M. Van Kleef (2). Elle date du mois de janvier de l'année dernière. La malade, une femme de trente-sept ans, souffrait de l'estomac depuis l'âge de quinze ans. En dernier lieu s'étaient développés tous les signes d'une imperméabilité du pylore : dilatation énorme de l'estomac, vomissements tenaces, constipation opiniâtre ; au moment de l'opération, cette femme n'avait pas eu de selles depuis plusieurs semaines. Le lavage de l'estomac avait, il est vrai, ramené l'estomac à des dimensions à peu près normales. Mais l'état général de la malade faisait craindre un dénouement fâcheux pour cause d'inanition prolongée. L'extirpation du pylore fut pratiquée avec un plein succès. Trois mois après l'opération, cette femme se portait à merveille ; son poids avait augmenté de 12 kilogrammes. L'examen du lambeau réséqué confirma le diagnostic posé avant l'opération : l'orifice pylorique était rétréci au plus haut degré ; sur les côtés de cet orifice se voyaient une série de cicatrices concentriques, et en outre un ulcère rond de 1 centimètre de diamètre.

Nous ferons remarquer que dans l'esprit des premiers chirurgiens qui l'ont tentée, l'extirpation du pylore semblait devoir être réservée aux cas de cancers de la portion pylorique. Cette grave mutilation trouvait en quelque sorte sa justification dans l'incurabilité bien reconnue de l'affection cancéreuse. Aujourd'hui, en présence des deux cas que nous venons de mentionner, en présence des nombreux revers de l'extirpation du pylore dans les cas de cancers, revers dus en partie à des récidives, à la généralisation de la néoplasie maligne, un revirement est en train de s'opérer dans l'esprit des chirurgiens qui se sont occupés de cette question, et déjà quelques-uns, tels que Rydigier, Güssenbauer, placent en tête des indications qui justifient la résection du pylore l'existence d'un rétrécissement infranchissable de cet orifice, occasionné par la cicatrisation d'un ulcère simple, où par conséquent il n'y a à craindre ni récidives ni généralisation. Bien entendu, l'intervention chirurgicale restera limitée aux cas où l'impossibilité d'alimenter le malade crée un péril imminent, contre lequel nos moyens ordinaires, médicaux, sont impuissants.

Que faire, en effet, dans des cas pareils ? Recourir au lavage de l'estomac ? C'est une ressource purement palliative, qui n'est pas exempte de dangers. M. Dujardin-Beaumetz a rappelé que déjà Küssmaul avait observé des accidents de tétanie chez l'un ou l'autre des premiers malades qu'il avait soumis au pompage de l'estomac pour remédier à la dilatation de cet organe. D'autres médecins ont fait des observations semblables. Ce que M. Dujardin-Beaumetz a oublié de dire, c'est que Küssmaul attribuait ces accidents non pas à l'inanition, mais à l'évacuation hors de l'estomac d'une grande quantité de liquide qui se reproduit aux dépens de la sérosité du sang. Or, c'est aujourd'hui une notion banale que la déshydratation du sang est une cause puissante d'accidents convulsifs : témoin ce qui se passe chez les cholériques.

Il en résulte cette conséquence pratique, c'est que le lavage de l'estomac, si à la mode depuis quelque temps, n'est pas toujours inoffensif. Sans parler des accidents de gastrorrhagie qui peuvent résulter du contact de la sonde avec la muqueuse ulcérée, le lavage dans les cas de dilatation de l'estomac avec accumulation considérable de liquide peut déterminer des accidents convulsifs qui trouvent une condition prédisposante dans l'état d'inanition, mais dont la cause immédiate paraît être une déshydratation du sang ; le liquide qu'on soutire de l'estomac se reforme par exosmose, l'extravasation étant favorisée, comme l'admet M. Peter, par l'inertie des éléments contractiles de la paroi de l'estomac et par la diminution de pression qui en résulte dans les réseaux capillaires de cette paroi. Le cas du malade de M. Dujardin-Beaumetz démontre que ces accidents convulsifs peuvent être assez graves pour entraîner la mort. Il y a donc lieu de s'en préoccuper, aujourd'hui que le lavage de l'estomac est employé d'une façon souvent abusive.

E. Ricklin.

(1) Berliner klin. Wochenschrift, 1882, n. 3.

(2) Weekblad van het nederlandsh tidschrift voor Geneeskunde, 1882, no 25.

PHYSIOLOGIE

Ectopie congénitale du cœur, par M. Marey, professeur au Collége de France.

(Suite. — Voir le numéro 42.)

Inscription simultanée des changements de volume des ventricules et de leurs pulsations. — Parmi les expériences qu'on peut faire pour éclairer la nature de la pulsation du cœur, il en est une plus particulièrement concluante. Elle consiste à démontrer que les ventricules se vident tant que dure la pulsation et s'emplissent pendant l'intervalle de deux pulsations consécutives.

Cette expérience, pour être faite sur les animaux, exige une vivisection, mais la malade de M. Tarnier aussi bien que a femme de Colmar, ayant toutes deux les ventricules parfaitement accessibles à l'exploration, on a pu, sur toutes deux, obtenir à la fois les tracés des changements de volume et ceux des pulsations des ventricules. C'est M. le docteur François-Franck qui a recueilli ces tracés.

On prend un entonnoir de verre à bords rétrécis et l'on met le bec de cet entonnoir en communication, par un tube de caoutchouc, avec un des tambours à levier inscripteurs du polygraphe. D'autre part, un explorateur de la pulsation ventriculaire est mis en rapport avec l'autre tambour à levier. Cela fait, on introduit les ventricules par leur pointe dans l'entonnoir de verre, et on les y engage jusqu'à ce que leur partie moyenne, plus large que leur pointe, ferme complétement l'ouverture de l'entonnoir. L'air enfermé dans celui-ci n'a d'autre issue que le tube qui se rend au tambour; chaque gonflement des ventricules chassera donc de l'air dans le tambour et donnera lieu une courbe ascendante; chaque diminution de volume des ventricules aspirera de l'air du tambour dans l'entonnoir et donnera une courbe descendante. Toute irrégularité dans les phases de la réplétion et de l'évacuation des ventricules se traduira, du côté de la courbe, par des saccades dont il est aisé de prévoir le sens.

Pendant que ces variations de volume s'inscrivent, un explorateur de la pulsation est appliqué sur la paroi des ventricules, en un point qui n'est pas engagé dans l'entonnoir. On obtient alors deux tracés que je place sous les yeux de l'Académie.

L'un de ces tracés indique les changements de volume du cœur, la ligne ascensionnelle correspond à la réplétion des ventricules. On constate que l'amplitude des oscillations de cette courbe s'accroît au moment des inspirations; les minima s'abaissent alors beaucoup.

Le second de ces tracés indique les pulsations du cœur: la concordance de certains points de ces deux courbes a été établie afin d'éclairer la signification du tracé de la pulsation par celui du changement de volume des ventricules.

Il résulte de l'étude comparée de ces tracés que, dans une première phase, *les ventricules changent de forme et deviennent plus durs*. La courbe des pulsations accuse ce durcissement par une élévation soudaine. En même temps, la masse ventriculaire, prenant une forme allongée, s'engage plus profondément dans l'entonnoir, ce qui déplace de l'air et produit une petite élévation de la courbe des volumes, comme si les ventricules devenaient un peu plus gros. Cet effet s'observait également sur la femme de Colmar.

Dans cette première phase, le sang ne s'échappe pas encore des ventricules; ce point a été démontré dans les expériences faites sur les grands animaux, en inscrivant à la fois la pression du sang dans le ventricule et dans l'aorte.

Dans la deuxième phase, on constate *l'évacuation des ventricules; diminution de volume de ces organes; période d'état de la pulsation*.

Cette seconde phase montre bien que, tant que les parois ventriculaires se resserrent et maintiennent leur effort énergique, le sang s'échappe des ventricules d'une manière assez régulière. Cela est exprimé par la chute profonde de la courbe des volumes. Cette phase finit au point qui marque la fin de la diminution de volume et la fin du durcissement des ventricules. Ceux-ci, en effet, perdent leur consistance aussitôt qu'ils se relâchent; ils se laissent alors déprimer par l'explorateur de la pulsation, et la courbe de celle-ci s'affaisse brusquement.

Dans une troisième phase, il y a *réplétion post-systolique des ventricules relâchés*. A peine les ventricules ont-ils perdu leur rigidité systolique, que déjà leur réplétion commence. Ce point était contesté par certains auteurs, qui pensaient que les ventricules restaient fermés jusqu'à la systole de l'oreillette. Nos expériences faites avec M. Chauveau ont montré qu'il n'en est pas ainsi et que la réplétion des ventricules commence aussitôt que la systole est finie.

C'est d'abord un flot de sang qui arrive des oreillettes et se projette brusquement dans les ventricules en provoquant une ondulation de la courbe des volumes; puis la réplétion s'achève plus lentement, sauf un léger surcroît d'impulsion au moment de la systole des oreillettes. La révolution du cœur est finie; on se retrouve de nouveau au point par lequel a commencé l'énumération de ces actes successifs. Dans la courbe de la pulsation, les mêmes accidents se produisent; le flot de l'oreillette provoque l'ondulation, puis la systole auriculaire marque la fin de la phase de réplétion des ventricules.

Nous eussions voulu déterminer sur cette femme l'ordre de succession des mouvements des oreillettes et des ventricules; mais, comme on l'a vu plus haut, les oreillettes étaient inaccessibles. Du reste, cette détermination a été faite par le docteur François-Franck sur la femme de Colmar; la succession du mouvement chez cette femme était la même que chez les grands mammifères.

(A suivre.)

PATHOLOGIE MÉDICALE

Sur le nervo-tabes périphérique (ataxie locomotrice par névrites périphériques, avec intégralité absolue des racines postérieures, des ganglions spinaux et de la moelle épiniaire), par M. J. Dejerine.

Les troubles de la sensibilé et de la motilité, caractéristiques de la sclérose des faisceaux radiculaires postérieurs de la moelle épinière, sont bien connus depuis assez longtemps et constituent, par leur réunion, la maladie que l'on désigne sous le nom de *tabes dorsal* ou *ataxie locomotrice progressive*. Je me propose de démontrer, dans la présente note, que des symptômes semblables, présentant avec ceux du *tabes dorsal* une analogie très grande, si ce n'est absolue, peuvent être observés en dehors de toute participation de la moelle épinière, et n'être que la conséquence de névrites périphériques généralisées.

Deux cas, que j'ai eu l'occasion d'observer, en fournissent la démonstration complète.

Le premier concerne un homme d'une quarantaine d'années, entré dans mon service à l'hôpital Lariboisière pour de la faiblesse des membres inférieurs. Ce malade présentait les symptômes de l'ataxie arrivée à une période assez marquée d'incoordination. Abolition du reflexe patellaire. Troubles très marqués de la sensibilité, anesthésie, analgésie dans les membres inférieurs. Pas de myosis. Diminution légère du volume des masses musculaires des membres pelviens. Signe de Romberg. Ce malade ayant succombé, l'autopsie me démontra les altérations suivantes. Moelle épinière, saine à l'œil nu. Racines postérieures, saines également à l'œil nu et au microscope. Les nerfs cutanés, pris dans différents points de la peau des jambes et des cuisses, et traités comme les racines par l'acide osmique et le picrocarmin, montrent des altérations très prononcées de névrite parenchymateuse. La moelle épinière et les ganglions spinaux, examinés au microscope après durcissement, sont absolument sains.

Le second fait, plus complet encore que le précédent, a trait à une femme que j'ai observée récemment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vulpian, que je suppléais alors. Cette femme, d'une cinquantaine d'années, fut amenée sur un brancard à l'hôpital, ne pouvant pas marcher. Depuis plusieurs mois, dit-elle, elle a commencé à sentir des douleurs dans les membres inférieurs, et peu de temps après elle a commencé à avoir de la difficulté à marcher; peu à peu, elle est arrivée à ne plus marcher du tout. Depuis quelques semaines, elle accuse des douleurs dans les bras. C'est une femme légèrement cachectique, alcoolique probablement. La station debout est encore possible, mais à condition d'avoir les yeux ouverts, sinon elle s'affaisse. Pas de myosis. Amaigrissement des muscles du corps. Force musculaire encore très marquée. Diminution légère de la contractilité faradique. Incoordination absolue des membres inférieurs (mouvements de pantin), un peu moins intense aux membres supérieurs. Anesthésie et analgésie très marquées, avec retard de plusieurs secondes dans la transmission des impressions douloureuses, sur toute la surface du corps, la face exceptée. Pas de thermo-anesthésie. Abolition du réflexe patellaire. Les troubles de la sensibilité sont d'autant plus marqués que l'on examine des points de la peau plus inférieurs. A l'autopsie, on trouve une hépatite interstitielle. La moelle paraît saine à l'œil nu, ainsi que les racines. L'examen microscopique, pratiqué à l'état frais, m'a révélé les particularités suivantes. Les nerfs cutanés des jambes, des cuisses, des bras, de l'abdomen, du thorax, présentent des lésions de névrite parenchymateuse arrivée à un degré extrême. Il n'y a pas un tube sain par préparation dans les nerfs de la peau des cuisses et des jambes; l'acide osmique n'a aucune action sur eux. Mêmes altérations dans la peau des autres régions, diminuant légèrement à mesure que l'on remonte vers l'extrémité supérieure du corps. Altérations légères des nerfs intra-musculaires : légère multiplication des noyaux des faisceaux primitifs. Intégrité absolue des racines postérieures et antérieures dans toute la hauteur de la moelle. Après durcissement, la moelle épinière et les ganglions spinaux, examinés au microscope, ne présentent pas d'altérations.

Voici donc deux faits, avec contrôle histologique, dans lesquels des symptômes tabétiques très accentués, relèvent uniquement de névrites périphériques, sans participation aucune de la moelle épinière ou des ganglions spinaux au processus morbide. Ces faits, dont je ne connais aucun exemple analogue dans la littérature médicale, démontrent que certains syndromes tabétiques peuvent être réalisés en dehors de l'intervention de la moelle épinière, contrairement à ce que l'on croyait jusqu'ici. Dans un travail qui paraîtra sous peu, je les rapporterai avec plus de détails, au point de vue clinique comme au point de vue anatomique.

Conclusions. — On peut observer, en clinique, des troubles de la sensibilité et de la motilité, analogues à ceux du *tabes dorsal classique*, et cependant en différant complètement comme pathogénie, puisque la moelle est intacte, et qu'ils sont sous la dépendance de lésions des nerfs périphériques. On peut désigner cette affection sous le nom de *nervo-tabes périphérique*, par opposition au *tabes médullaire*.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

TRAVAUX FRANÇAIS

Sur la théorie de la paralysie générale, par M. le Dr. Baillarger. (*Annales médico-psychologiques*, numéros de janvier, mars, juillet, etc., 1883.)

Il y a aujourd'hui *quarante ans* que M. Baillarger fondait, avec Cerise et Longet, les *Annales médico-psychologiques*, l'intéressant recueil périodique dont la collection constitue, à l'heure présente, le document le plus important et le plus précieux de médecine mentale qui soit au monde.

Resté seul de tous ses collaborateurs de la première heure, M. Baillarger consacre encore à la science les loisirs de son apparente retraite, et non content d'avoir accumulé derrière lui d'immenses découvertes cliniques, dont une seule suffirait à illustrer un nom, il travaille avec une infatigable ardeur, se tenant au courant des recherches nouvelles, appelant à lui et encourageant les jeunes, prodiguant ses conseils à tous, continuant lui-même la série de ses remarquables travaux.

Parmi les nombreuses questions qui ont occupé notre vénéré maître, il en est une qui a toujours eu le privilège d'attirer plus spécialement son attention, et qui, aujourd'hui, est devenue chez lui une véritable passion scientifique, impérieuse, obsédante, quelque chose d'analogue au culte du collectionneur pour sa rose de prédilection. Cette question, c'est la *Paralysie générale progressive*.

Absorbé dans la méditation des innombrables faits cliniques qu'il a observés, M. Baillarger s'enfonce de plus en plus chaque jour dans l'étude de la maladie qu'il a tant contribué à faire connaître, et dont il voudrait, au terme de sa carrière, élucider les dernières inconnues.

Rien n'est vraiment plus digne d'admiration que de voir le savant aliéniste, jeune encore d'esprit et toujours plein du feu sacré, rechercher avec empressement les occasions de s'entretenir avec ses disciples, jeunes et vieux, de son sujet préféré, s'animant par degrés à ces causeries, jusqu'à ce que ses forces physiques le trahissant, il s'arrête épuisé, pour reprendre bientôt après son entretien interrompu.

C'est ainsi qu'à l'âge de soixante-quatorze ans, après cinquante années d'études et de travaux, M. Baillarger vient de publier, sur la *théorie de la paralysie générale*, un important article qui peut être considéré comme la dernière et la plus exacte expression de ses idées générales sur la maladie.

On sait que, depuis Bayle, la paralysie générale est regardée comme une *unité morbide*, comprenant trois ordres de symptômes : la *folie*, la *démence*, la *paralysie*.

C'est la théorie qu'on pourrait appeler *unitaire*, et d'après

laquelle la folie fait partie intégrante de la paralysie générale.

Depuis 1858, au contraire, M. Baillarger a toujours défendu la théorie *dualiste*, suivant laquelle il existe, dans ce qu'on appelle la paralysie générale, deux maladies distinctes : 1° la *démence paralytique*, qui est la maladie principale ; 2° une folie spéciale qui précède ou accompagne le plus souvent la démence paralytique et que M. Baillarger avait désignée autrefois sous le nom de *manie congestive*, et aujourd'hui sous celui plus exact de *folie paralytique*.

La théorie unitaire a longtemps prévalu, mais actuellement elle perd du terrain, incapable qu'elle est d'expliquer d'une façon satisfaisante certains faits nouvellement décrits. M. Jules Falret a même été jusqu'à déclarer que « l'histoire de la paralysie générale était à refaire ».

Or M. Baillarger démontre que ces faits nouveaux, non explicables par la théorie unitaire, le sont au contraire, et très simplement, par la théorie dualiste, c'est-à-dire par la division de la paralysie générale en deux maladies : la folie paralytique et la démence paralytique.

Cette théorie peut seule en effet donner la raison d'être : 1° des *pseudo-paralysies générales*, dont on s'occupe tant à l'heure actuelle, et qui ne sont autre chose que des folies paralytiques d'origine diverse, n'aboutissant pas ou n'aboutissant que très tard à la démence paralytique ; 2° des *paralysies générales latentes* ou sans embarras de la parole, folies paralytiques dans lesquelles la mort survient avant l'apparition de la démence paralytique ; 3° des folies simples, et, en particulier, de la folie à double forme simulant la paralysie générale, vésanies dont le délire n'est autre, dans ces cas, que celui de la folie paralytique ; 4° des paralysies générales qui se terminent par la démence simple, folies paralytiques qui, au lieu d'aboutir à la démence paralytique, aboutissent à l'affaiblissement simple de l'intelligence ; 5° enfin des *rémissions* qui surviennent dans le cours de la paralysie générale, folies paralytiques disparaissant, tandis que persiste la démence paralytique à laquelle elles étaient liées. Tout, dans ces faits, peut se résumer dans la *dissociation* de la paralysie générale en deux éléments distincts : la folie paralytique et la démence paralytique.

La théorie dualiste, on ne peut le nier, résout donc toutes les difficultés du problème, insolubles sans elle, et éclaire d'une vive lueur les rapports, encore si obscurs, de la paralysie générale et de la folie.

Quant au travail de M. Baillarger, il est certain qu'il constitue un événement capital dans l'histoire de la paralysie générale. On peut ajouter, de plus, qu'il complète l'œuvre immense du maître et couronne magnifiquement son édifice scientifique.

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 octobre 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

SUR L'OPÉRATION DU STRABISME AU MOYEN DE L'AVANCEMENT CAPSULAIRE, — Note de M. L. DE WECKER, présentée par M. Marey.

Le traitement chirurgical du strabisme consiste actuellement dans des procédés de *reculement*, par rapport au centre de la cornée, de l'insertion tendineuse d'un muscle trop puissant, ou dans un *avancement* du tendon détaché d'un muscle trop faible vers ce même centre. Le contrôle ou réglage pour ces procédés nous est fourni par une disposition anatomique particulière des muscles de l'œil, qui possèdent deux insertions au globe oculaire, une *directe* par leur tendon implanté à la sclérotique, une *indirecte* par la capsule fibreuse qui entoure le globe oculaire et à laquelle s'attache le muscle, en la traversant pour s'implanter par son tendon à l'œil.

Détache-t-on ce tendon, le muscle ne conserve pas moins, grâce à la capsule (à laquelle Tenon a donné son nom), une action notable sur le déplacement du globe oculaire, et il ne lui est pas possible de se rétracter dans l'orbite et de perdre son attache au globe de l'œil, qu'il reprend, suivant le procédé choisi, plus en arrière ou plus en avant, par rapport au centre de la cornée. Le simple détachement du tendon, c'est-à-dire de l'insertion directe d'un muscle du globe oculaire, en conservant le plus possible intacte l'insertion indirecte de la capsule, ne lui retire donc qu'une certaine quantité de son pouvoir, quantité qui, dans nombre de cas, n'est même pas très sensible.

Il m'a paru qu'on pourrait donc aussi s'attaquer, pour la guérison de certaines formes de strabisme, et surtout pour renforcer le pouvoir musculaire dans les cas d'insuffisance connus sous le nom de *strabisme latent*, non, comme cela a été fait jusqu'à présent, à l'*insertion tendineuse et directe* du muscle, mais à son *insertion indirecte et capsulaire*. En fortifiant cette attache, en la doublant par plissement, on pourrait donner un surcroît de force à des muscles trop faibles et guérir certains cas de strabismes apparents, et principalement le strabisme latent, l'insuffisance musculaire.

La réussite d'un pareil procédé nous donnerait les avantages suivants :

1o De rester strictement dans les principes de la chirurgie conservatrice, en donnant toujours de la force, mais en n'en soustrayant jamais, comme dans le reculement tendineux ;

2o D'échapper sûrement à toute surcorrection, comme il arrive en affaiblissant trop un muscle qui, dans le courant de la vie, peut devenir alors insuffisant ;

3o D'éviter tout écart disgracieux de la fente palpébrale, tout enfoncement choquant près du muscle reculé, inconvénients qui peuvent ôter une partie des avantages cosmétiques, même lorsque la position des cornées se trouve parfaitement régulière.

La justesse de ces raisonnements théoriques, la pratique nous l'a confirmée. Nous avons exécuté l'*avancement capsulaire* par le procédé suivant :

J'excise au-devant du tendon du muscle que je veux renforcer un croissant de conjonctive large de 5mm et haut de 10mm, en plaçant l'excision exactement, de telle façon que l'insertion tendineuse du muscle coupe le milieu du croissant dont la concavité contourne la cornée. Après cette excision, la conjonctive se retire fortement, de manière à mettre largement à jour, sur les côtés du muscle, la capsule de Tenon. On incise alors cette capsule près de l'insertion tendineuse du muscle, et on la dégage au-dessus du muscle et latéralement. Ce dégagement opéré, on suture la capsule en la tirant en avant, par deux sutures placées près des bords inférieur et supérieur de la cornée. La capsule glissant en avant se greffe alors plus près du centre de la cornée. Aussi, pour obtenir l'effet voulu, l'ouverture et le dégagement de la capsule sont-ils indispensables. C'est le degré de dégagement, et la plus ou moins grande quantité de capsule prise dans les sutures, qui nous permettent le réglage de l'effet que l'on veut obtenir.

Séance du 22 octobre 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

DE L'ÉTAT DES NERFS SENSITIFS DANS L'INTOXICATION STRYCHNIQUE. Note de M. COUTY, présentée par M. VULPIAN

Il est généralement admis que la strychnine agit sur les fonctions de la substance grise bulbo-médullaire pour les exciter, puis

les paralyser, et l'on discute seulement pour savoir si ces effets sont directs ou consécutifs à des troubles des appareils de sensibilité périphérique.

Les expériences de l'auteur l'ont conduit à conclure que la strychnine trouble les fonctions du bulbe et de la moelle, au lieu de les exciter, et qu'elle diminue d'emblée la sensibilité.

SUR LE NERVO-TABES PÉRIPHÉRIQUE (ATAXIE LOCOMOTRICE PAR NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES, AVEC INTÉGRALITÉ ABSOLUE DES RACINES POSTÉRIEURES, DES GANGLIONS SPINAUX ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE). Note de M. J. DEJERINE, présentée par M. VULPIAN. (V. plus haut.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 octobre 1883. — Présidence de M. HARDY.

TRAVAUX PRÉSENTÉS. — Appareil désigné sous le nom de *pulvérisateur automatique*, qui fonctionne à l'aide de la compression par l'acide carbonique, par M. le docteur Calmette, médecin de la marine. — *Homme fossile et homme sauvage; études d'anthropologie*, avec figures intercalées dans le texte, par M. le professeur de Quatrefages. — *Note sur les nouveaux thermes romains de Royat*, par M. le docteur Frédet (de Clermont-Ferrand). — Compte rendu des travaux de la Société médicale de l'Yonne en 1882, par M. le docteur Duché (de l'Yonne). — *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme*, par M. le docteur Masset (de Montpellier). — Le sixième fascicule de son Dictionnaire de thérapeutique et de matière médicale, par M. Dujardin-Beaumetz. — *Leçons sur les déformations vulvaires et anales chez la femme*, par M. le docteur Martineau. — *Traité pratique d'électricité* (2e fascicule), offert en hommage par M. Gariel.

— M. MATHIAS DUVAL lit un rapport sur un travail de M. Testut, intitulé : *De la portion brachiale du nerf musculo-cutané*. M. le rapporteur admet avec l'auteur de ce travail que le nerf musculo-cutané ne doit plus être considéré comme un nerf distinct, mais seulement comme un gros rameau du nerf médian.

— M. BOULEY lit un rapport sur une note communiquée à l'Académie de médecine sur la culture du microbe de la morve et sur la transmission de la maladie à l'aide des liquides de culture, par MM. Bouchard, Capitan et Charrin.

La grande doctrine que la contagion est fonction d'un élément vivant, sous quelque forme qu'elle se manifeste dans le règne végétal comme dans le règne animal, vient de recevoir une nouvelle et éclatante confirmation des recherches de M. le professeur Bouchard et de ses collaborateurs, MM. Capitan et Charrin.

Ces recherches démontrent que la morve doit être rangée dès maintenant, et d'une manière définitive, dans la catégorie des maladies microbiennes, car son microbe a pu être vu, saisi, cultivé dans des milieux appropriés et reconnu tout aussi actif comme élément de la virulence après des cultures successives, que la matière puisée directement dans les lésions propres à la morve, et inoculée en nature à des organismes susceptibles.

La preuve est donc complète; le microbe seul, dépouillé de sa gangue organique par des cultures successives qui l'épurent et permettent de le voir à son œuvre dans les organismes où on l'ensemence, le microbe seul donne lieu à la manifestation de la morve caractérisée par tous ses symptômes et toutes ses lésions, tout aussi sûrement que lorsque la morve procède de la matière virulente inoculée à l'état de nature.

Voilà donc un nouveau pas qui vient d'être fait dans le domaine de la microbie.

Après avoir saisi cette occasion de mettre en relief la grande part qui revient à M. Chanveau dans la solution du problème de la nature intime de la virulence, M. le rapporteur analyse les faits contenus dans la note, qu'il rapproche ensuite d'un exposé sommaire de recherches semblables qui ont été faites à l'Institut impérial d'hygiène de Berlin, et il conclut dans les termes suivants :

En résumé, deux faits principaux ressortent de la communication faite à l'Académie par MM. Bouchard, Capitan et Charrin, au mois de décembre dernier.

Le premier est la constatation confirmée de la présence constante dans les lésions de la morve d'un bacille signalé en 1868 par MM. Christot et Kiener; le second est la démonstration expérimentale que ce bacille, isolable de sa gangue organique, cultivable en dehors d'elle dans un milieu de culture approprié, est bien et exclusivement l'élément de la virulence de cette maladie, c'est-à-dire en constitue, à proprement parler, l'essence.

De pareils résultats marquent un travail d'un caractère d'assez grande originalité pour que votre commission croie devoir proposer à l'Académie de lui réserver une place dans ses *Mémoires*.

Mais la note qui vous a été communiquée n'est qu'un résumé très sommaire des recherches auxquelles MM. Bouchard, Capitan et Charrin se sont livrés pour éclairer la nature de la morve et résoudre le problème.

Votre commission pense qu'il y aurait lieu de demander aux trois expérimentateurs le travail complet dont leur note est l'expression résumée, et que c'est ce travail, en rapport par son développement avec l'importance de la question qu'ils ont étudiée, qui devrait être inséré dans le volume des *Mémoires* de l'Académie.

M. COLIN (d'Alfort) n'est pas convaincu par l'exposé fait par M. Bouley des expériences de MM. Bouchard, Capitan et Charrin. Ces expériences, il les trouve trop écourtées; elles demanderaient à être plus développées. Il y en a qui n'ont pas de valeur, par exemple celles qui ont été faites sur des cobayes, des chats, des lapins; ces animaux, en effet, ne contractent pas la morve. Les chancres et les inflammations ganglionnaires données comme des signes de cette maladie sur ces petits animaux n'ont pas la signification qu'on leur a donnée. Ces lésions se développent, en effet, toutes les fois que l'on inocule à ces animaux du pus irritant ou des matières septiques; elles ressemblent aux lésions de la morve, mais n'en sont pas.

Les expériences faites sur le cheval et l'âne ont sans doute plus de valeur, mais elles demanderaient à être multipliées pour être démonstratives. Il faut se rappeler, en effet, que ces solipèdes sont souvent affectés de la morve, et ceux qui servent aux expériences, généralement vieux et usés, sont plus susceptibles que les autres de présenter dans les poumons des tubercules d'origine morveuse.

En outre, ces expériences, pour d'autres raisons, n'ont pas la valeur démonstrative que leur attribue M. Bouley. Quel est, en effet, le degré des cultures employées par les expérimentateurs? Aucune n'a dépassé le cinquième degré, c'est-à-dire que l'on s'est servi d'un virus pris au premier, au deuxième, au troisième, au quatrième, au cinquième jour après la mort. On employait donc une matière virulente qui avait cinq jours après la mort. Or, la virulence, dans les liquides, peut se conserver beaucoup plus longtemps, même plusieurs mois, ainsi que l'ont démontré les expériences de M. Renault sur la morve.

Il n'est nullement prouvé que, dans les expériences de M. Bouchard, la contagion de la virulence doive être attribuée aux microbes. Il y a toujours, en effet, même dans les virus dilués au dix millième, au cent millième, au millionième, des éléments organiques, tels que les globules du sang, de la lymphe, etc., auxquels la virulence peut être attachée et qui peuvent la transmettre sans l'intermédiaire des microbes.

La seule conclusion à tirer des expériences de M. Bouchard, telles que M. Bouley vient de les exposer, c'est que la virulence peut se conserver dans les liquides de culture. Il n'en résulte nullement que la virulence a été transmise par des microbes.

Les bacilles et les bactéridies que l'on trouve, par exemple, dans les cadavres des animaux morts de fièvre typhoïde n'ont, suivant

M. Colin, aucun caractère spécifique; on peut inoculer les liquides qui les contiennent à des animaux vivants sans leur donner la fièvre typhoïde; on ne leur communique que la septicémie.

M. Colin n'admet pas cet aphorisme prononcé par M. Bouley, savoir: que la virulence est fonction de l'être vivant. Il pense que la virulence est attachée aux globules sanguins, blancs ou rouges, et non pas seulement aux bactéridies dont il ne nie pas d'ailleurs la propriété virulente. M. Bouley est trop absolu en l'attribuant exclusivement à l'être vivant, au microbe. Suivant M. Colin, M. Chanveau n'a nullement démontré que la virulence, dans le vaccin, le seul liquide sur lequel aient porté ses expériences, fût attachée aux corpuscules solides, car, en somme, il n'a inoculé que la partie liquide du vaccin.

En résumé, en ce qui touche aux faits de contagion de la morve par les microbes, rien, suivant M. Colin, n'est moins démontré par les expériences dont M. Bouley vient de donner la relation; il ressort simplement de ces expériences que, après cinq, six, sept et huit jours, les liquides de la morve ont conservé toute leur virulence, ce qui n'est contesté par personne.

M. Bouley demande à M. Colin de vouloir bien, au lieu de faire des discours, se mettre en rapport avec M. Bouchard et ses collaborateurs, qui lui montreront les faits dont il s'agit avec une évidence qui le convaincra, si incrédule qu'il soit. Quand des liquides ont été injectés à la cinquantième ou centième dilution, il n'est pas possible de venir nier que le microbe soit l'élément virulent, puisque la dilution a éliminé tous les éléments étrangers à l'élément vivant.

De ce que M. Colin n'a pas trouvé le microbe de la morve, ce n'est pas à dire que ce microbe n'existe pas; il a manqué de clairvoyance, voilà tout; tout le monde ne peut pas avoir le génie qui découvre un fait nouveau ou une vérité nouvelle.

M. Colin dit qu'il n'a jamais pu voir ces fameuses dilutions au cinquantième ou au centième dont parle M. Bouley; jamais dans le laboratoire de M. Pasteur, où il entrait quelquefois, à l'époque où il n'était pas tout à fait brouillé avec l'auteur de la théorie des microbes, M. Colin n'a pu obtenir de M. Pasteur que des liquides à la première ou à la deuxième dilution, et il sait que des savants étrangers n'ont pas été plus heureux que lui, M Pasteur tient caché avec un soin jaloux son procédé de culture et ne le révèle qu'à ses intimes.

Dans les liquides de culture qu'il lui a été donné d'examiner, M. Colin a trouvé des éléments organiques variés auxquels la virulence pouvait être attachés aussi bien qu'aux microbes.

M. Colin dit qu'il a cherché aussi les bacilles de la tuberculose, mais en vain; jamais il n'a pu les rencontrer; il devait suffire cependant, à défaut de génie, d'un bon microscope et de l'habitude de s'en servir.

Dans les préparations que M. Cornil lui a montrées, M. Colin n'a vu que de petits filaments qui n'avaient nullement le caractère des bacilles; jamais il n'a pu voir des bactéridies libres; Koch lui-même avoue d'ailleurs ne les avoir pas rencontrées sur tous les malades. On les trouve, à n'en pas douter, sur les cadavres des animaux et dans les tissus en voie de décomposition, mais n'ayant rien de commun avec la tuberculose. Tout le monde sait que l'on peut, par l'inoculation, développer sur les petits animaux des lésions qui ressemblent à des tuberculoses mais qui n'en sont pas.

M. le président met aux voix les conclusions du rapport de M. Bouley; ces conclusions sont adoptées.

— M. le docteur Dezanneau (d'Angers) lit un travail intitulé *Mémoire sur la laparotomie dans le traitement de l'occlusion intestinale*. (Com. MM. Gosselin, Verneuil et Duplay, rapporteur.

— M. Constantin Paul donne lecture de la deuxième partie de son rapport sur le service des Eaux minérales pendant l'année 1882. Les conclusions de ce rapport seront lues et discutées en comité secret.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 octobre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Hoateloup lit un rapport sur une question de priorité soulevée à la dernière séance.

La commission a conclu à l'insertion dans le Bulletin des principaux extraits de la lettre de M. Petit.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. Larger lit une note sur *Le lieu d'élection de la fistule dans la gastrotomie*.

Pour l'auteur, le lieu d'élection de Sedillot, très avantageux au point de vue opératoire, est le plus défectueux au point de vue fonctionnel.

M. Larger a démontré (Th. Strasb., 1870) qu'il existe normalement au niveau du coude de l'estomac, près de la portion pylorique, un fort amas de fibres musculaires lisses appartenant à la couche circulaire, amas signalé par Home, et que ce dernier a considéré à tort comme un sphincter anatomique, mais qui sert de lien d'union principal aux deux courbes de fibres longitudinales et obliques. Cet amas est donc le point où convergent et d'où partent les mouvements. En conséquence, la fistule pratiquée en ce point produit une perturbation analogue à celle que produirait dans la miction par exemple une fistule du col de la vessie.

L'auteur conclut que la fistule devra être pratiquée près de la grande courbure, dans un point très rapproché du cardia: dès lors on réalise à peu près les conditions normales de l'introduction des aliments dans l'estomac.

L'incision de M. Labbé pourra, en résumé, être utilisée, mais à condition de se rapprocher le plus possible des cartilages costaux et de remonter un peu plus haut.

M. Berger rappelle que la préoccupation de tous les chirurgiens a été de rapprocher l'incision le plus près possible du cardia; mais la chose n'est pas toujours possible, car il est quelquefois très difficile d'attirer au dehors la portion cordiaque.

M. Lucas-Championnière insiste sur les conclusions de M. Berger: L'idée de M. Larger semble plus théorique que pratique; d'autre part, les expériences paraissent controuvées par les suites opératoires obtenues, en particulier dans le cas personnel de M. Lucas-Championnière, où le résultat a été bon avec une fistule pylorique.

— M. le professeur Verneuil communique un travail sur *Les luxations subites dans le cours du rhumatisme articulaire aigu*.

Le fait observé par l'éminent chirurgien est le suivant: dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, il peut se produire une luxation subite sans suppuration et avec intégrité complète des os. Cette luxation se réduit facilement et le rétablissement de la fonction se fait à peu près complètement. Les cas de ce genre ne sont pas très rares, puisque l'auteur a pu en observer sept.

La littérature est peu riche cependant en faits analogues; à part le cas de M. Marjolin rapporté dans la thèse de M. Gibert en 1859, il n'existe pas de cas concluant. Les faits de Lesauvage (de Caen) et de Parise ne sont pas comparables, car la jointure a suppuré, et des lésions des surfaces osseuses se sont produites.

Le premier fait observé par l'auteur remonte à 1845. Dans ce cas et dans les deux suivants la luxation fut observée à la hanche. Dans deux autres elle fut observée au genou; dans le dernier de ces cas, une tentative de mobilisation fut faite; la luxation se reproduisit et devint irréductible. La jointure était très douloureuse; une résection anaplastique fut pratiquée d'abord, mais l'amputation fut rendue nécessaire par l'abondance de la suppuration. Le malade succomba. Le foie était volumineux.

M. Verneuil conclut en disant qu'il faudra désormais surveiller les attitudes vicieuses dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.

Au point de la pathogénie, M. Verneuil, sans nier la théorie de

l'hydarthrose, pense qu'elle ne s'applique pas à tous les faits. A la hanche, il est impossible de la reconnaître; dans deux cas de luxation fémoro-tibiale, elle manquait absolument. L'auteur invoque alors les muscles: contracture des muscles postérieurs, dans une attitude fléchie; paralysie des groupes antérieurs. La même théorie est applicable, on le sait, à la production des luxations congénitales.

M. Trélat pense qu'il faut apporter quelques réserves, d'un côté au sujet de la paralysie; d'un autre côté à la part que prennent au déplacement les muscles contracturés.

M. Desprez émet l'opinion qu'à la hanche le mécanisme de la luxation est complexe et que, du reste, la paralysie infantile ne produit pas de luxation dans d'autres jointures.

M. Marjolin, tout en admettant l'action musculaire, croit qu'on ne doit pas rejeter l'hydarthrose, qui permet en outre d'expliquer la douleur.

M. Reclus trouve très concluants les faits invoqués par M. Verneuil. Cinq cas de ce genre ont été publiés par lui dans son mémoire; de plus, la luxation s'observe lors de la paralysie infantile dans l'articulation du genou, comme il a eu l'occasion d'en observer récemment un cas. Les cas de pied-bot paralytique ne rentrent-ils pas dans le même ordre de faits.

— M. Henriet lit un mémoire sur les corps étrangers de la vessie chez l'homme.

— M. Kirmisson présente un malade auquel il a pratiqué une résection du maxillaire inférieur, suivie d'une réparation remarquable.

— La séance est levée à cinq heures et demi.

Picqué.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre 1883. — Présidence de M. Millard.

Présentation d'instruments. — M. Gouguenheim présente une série d'instruments destinés à faciliter l'exploration des cavités naturelles du corps humain: C'est d'abord une lampe, pouvant être alimentée avec de l'essence minérale, de la soléine, ou du gaz à éclairage, et qui se laisse abaisser ou élever à volonté, au gré de l'explorateur, sans que le malade change d'attitude.

Ensuite cette même lampe, avec des dimensions réduites qui en font un appareil très portatif.

Un éclaireur alimenté par le courant électrique et qui reproduit sous une forme réduite la lampe d'Edison. La partie essentielle de cet instrument est représentée, en effet, par une petite lampe électrique du volume d'un gros pois chiche.

Enfin un abaisse-langue, qui a l'avantage de laisser entièrement libre une des mains de l'explorateur.

Présentation de pièces anatomiques. — M. Gouguenheim. — M. Dujardin-Beaumetz a fait pratiquer dans son service une trachéotomie chez un malade atteint de lésions pulmonaires assez avancées et qui était en imminence d'asphyxie. Ce malade, que M. Dujardin-Beaumetz a eu l'obligeance d'adresser à M. Gouguenheim, est mort au bout de six semaines. Il était intéressant de savoir jusqu'à quel point les lésions du côté du larynx justifiaient une intervention grave comme la trachéotomie, chez un sujet voué à une mort certaine par le fait de son affection pulmonaire. Ce point a été élucidé par M. Gouguenheim; voici ce que révèle l'examen des pièces anatomiques mises sous les yeux des membres présents: La muqueuse du larynx est le siège d'une infiltration tuberculeuse très prononcée, et recouverte en outre de végétations qui avaient entièrement obstrué la lumière de ce conduit. L'indication de la trachéotomie était donc formelle.

Un autre point sur lequel M. Gouguenheim a cru devoir attirer l'attention de ses collègues, c'est l'intumescence de ganglions situés entre l'extrémité inférieure du larynx et la partie moyenne de la trachée. Il existe à ce niveau de petits ganglions dont le volume, à l'état normal, ne dépasse pas celui d'une tête d'épingle. Ces ganglions minuscules ont échappé à l'attention des anatomistes, car ils ne sont pas mentionnés dans les ouvrages classiques. M. Gouguenheim a vu des cas où ces ganglions avaient acquis un développement considérable; lorsqu'alors ils compriment les nerfs récurrents, il en résulte des accidents d'asphyxie dus à un spasme prolongé des muscles glottiques.

M. Dujardin-Beaumetz dépose sur le bureau l'observation du malade en question, qui se trouve complétée par la description des lésions laryngées que vient de faire M. Gouguenheim.

Rétrécissement cicatriciel du pylore. — Dilatation de l'estomac. — Accidents de tétanie. — M. Dujardin-Beaumetz relate en peu de mots l'observation d'un malade qui est entré dans son service avec tous les signes et symptômes d'une dilatation énorme de l'estomac et d'une sténose du pylore; c'est-à-dire qu'on pouvait apprécier par la percussion et la palpation la distension colossale de l'estomac, et qu'en même temps le malade était en proie à des vomissements incoercibles, qui attestaient l'imperméabilité du pylore. Le lavage de l'estomac procura du soulagement à ce malade qui ne tarda pas à quitter l'hôpital. Il y revint au bout de quelque temps avec une diarrhée très tenace. On apprit qu'il avait fait usage des pilules suisses, qui jouissent actuellement d'une grande vogue auprès du public dans le traitement des affections du tube digestif. Il se peut que la diarrhée dont souffrait cet homme ait eu pour cause l'usage de cette drogue. Toujours est-il que le malade, pendant son second séjour à l'hôpital, fut pris de ces accidents de tétanie, signalés déjà par Kussmaul chez les malades soumis au lavage de l'estomac, et dont les exemples se sont multipliés dans ces dernières années. La tétanie, au lieu de rester limitée aux membres comme c'est le cas habituel, se généralisa, et le patient succomba à l'asphyxie occasionnée par la contracture de son diaphragme.

Du vivant de cet homme, on avait diagnostiqué un rétrécissement cicatriciel du pylore, consécutif à un ulcère rond de la portion pylorique ou du duodénum. A l'autopsie, on trouva un estomac en bissac qui, distendu par l'eau, envahissait toute la cavité abdominale. Sur le duodénum, immédiatement au sortir du pylore, il existait un rétrécissement dont la nature sera ultérieurement établie par l'examen histologique de la portion rétrécie. Le rétrécissement est tel qu'il rend difficile l'introduction d'une plume d'oie dans l'orifice pylorique. M. Dujardin-Beaumetz est d'avis que, dans ce cas, l'extirpation du pylore donnait encore au malade une chance d'échapper à la mort par inanition.

M. Debove appuie cette dernière remarque. Il pense, lui aussi, que si on était intervenu chirurgicalement, on avait encore une chance de sauver le malade. Malheureusement, dans les cas de dilatation de l'estomac avec imperméabilité du pylore, le diagnostic de la nature et du siège exact de l'obstacle est souvent si difficile qu'on hésite à recourir à cette ressource extrême, dans la crainte de courir au-devant d'un échec certain, de tomber sur un cas de cancer inopérable.

M. Dujardin-Beaumetz cite des cas de *faux cancer* où l'on avait constaté tous les signes du cancer vrai, y compris la tumeur épigastrique, et qui ont guéri, preuve que la tumeur n'était pas de nature cancéreuse. Ces faits attestent, selon lui, qu'il n'existe pas de signe pathognomonique du cancer de l'estomac.

M. Debove cite un exemple de faux cancer, et il croit que les cas de ce genre doivent être relativement fréquents.

M. Millard est du même avis, et il lui est arrivé souvent de rectifier des erreurs de diagnostic commises par de jeunes confrères qui avaient mis trop d'empressement à voir un cancer là où il n'y avait qu'un ulcère rond. M. Millard pense que le caractère franchement hémorrhagique des gastrorrhagies, la longue durée de la

maladie et surtout les variations du poids corporel qui augmente par moments sont des éléments d'appréciation d'une grande valeur et qui militent en faveur de l'existence d'un ulcère simple.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ demande que la question du diagnostic du cancer de l'estomac soit mise à l'ordre du jour pour une des prochaines séances. (Adopté.)

M. GALLARD désire qu'en donnant suite à cette proposition, on adopte du moins comme point de départ de la discussion que le diagnostic du cancer n'est pas toujours insurmontable.

M. GUYOT demande si M. Dujardin-Beaumetz est tenté de rattacher à la diarrhée les accidents de tétanie notés chez son malade, et s'il ne voit point là un des effets de l'inanition.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit que c'est bien à cette explication qu'il se rallie.

— NODOSITÉS RHUMATISMALES ÉPHÉMÈRES. — M. TROISIER désigne par là des nodosités qui se développent sur les tissus fibreux périarticulaires, sur les épiphyses articulaires et même sur des os longs ou plats assez loin des jointures, au crâne par exemple. Elles forment une saillie plus ou moins considérable ; la peau est mobile au-dessus de ces nodosités, et il est facile de reconnaître qu'elles adhèrent aux parties sous-jacentes (ligaments, périoste). Leur consistance, très dure, cartilagineuse, donne de prime-abord l'idée d'une exostose. Elles ne sont douloureuses ni spontanément ni à la pression, et le malade n'a pas conscience de leur apparition. Elles présentent d'ailleurs les caractères des manifestations rhumatismales, en ce qu'elles apparaissent et disparaissent avec soudaineté ; mais elles peuvent persister plusieurs semaines. L'examen histologique de ces nodosités a démontré qu'elles sont constituées par des éléments de tissu conjonctif, raison de plus de les considérer comme des lésinns rhumatismales.

C'est Froriep qui, le premier, a signalé ces nodosités rhumatismales, dans un opuscule intitulé : *Die rheumatische Schwiele.* Weimar, 1843. M. Jaccoud en a donné la première descriptinn précise dans son *Traité de pathologie interne* (t. II, p. 546, 1871). M. Meynet en a publié un exemple dans le LYON MÉDICAL (1875), sous le titre de : *Rhumatisme articulaire subaigu avec production de tumeurs multiples dans les tissus fibreux péri-articulaires et sur le périoste d'un grand nombre d'os.* Un auteur allemand M. Rhem, en mentionne un autre exemple dans le *Compendium des maladies des enfants* de Gerhardt (art. *Rhumatisme*, t. III, 1878). Un autre Allemand, M. Hirsprung, a publié trois cas de ce genre dans les *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, t. XVI (1881). Vient ensuite l'observatinn publiée par MM. Troisier et Brocq dans la REVUE DE MÉDECINE (1881, p. 297) ; puis vingt-sept observations relevées dans une communication de MM. Th. Barlow et F. Warner au congrès international de Londres (1881) ; un cas relaté dans la thèse de M. Chodowski (*Thèses de Paris*, 1882) ; enfin un cas de Béclard, que M. Troisier a retrouvé dans le *Traité des tumeurs* de Broca et auquel il est difficile d'assigner une date précise.

M. Féréol a, d'autre part, communiqué à l'Association française pour l'avancement des sciences (1879) un travail intitulé : *Des nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques.* Mais M. Troissier croît que sous ce titre M. Féréol entend autre chose que les nodosités éphémères rhumatismales décrites plus haut.

M. FÉRÉOL confirme cette déclaration et ajoute que sa publication étant la première en date, il aurait désiré que le titre de *nodosités éphémères* fût réservé à ce qu'il a décrit.

La séance est levée à cinq heures un quart.

E. RICKLIN.

FORMULAIRE

EMPLATRE A L'IODOFORME (PAPE ET FISCHER)

Dans les cas où l'iodoforme est employé comme topique résolutif, sur la peau intacte, il peut être désirable de l'appliquer sous forme d'emplâtre. Voici des formules pour la préparation de deux emplâtres à l'iodoforme :

1° EMPLATRE FORT

Rec. Iodoforme en poudre	100 grammes.	
Emplâtre adhésif	200	—
Emplâtre à l'oxyde de plomb.	200	—

M. S. A.

2° EMPLATRE LÉGER

Rec. Iodoforme en poudre	50 grammes.	
Emplâtre adhésif	300	—
Emplâtre à l'oxyde de plomb.	300	—

M. s. a.

L'absorption de l'iodoforme est favorisée par le ramollissement de l'épiderme au contact prolongé d'un enduit imperméable.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES MALADIES DE L'ENFANCE, par le docteur HENRI ROGER, ancien président de l'Académie de médecine, professeur agrégé, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants. — Tome II. SYPHILIS. — COQUELUCHE, etc. (1)

Le beau volume que M. Roger présente au public médical est le fruit d'une longue, habile et patiente observation. Ni la syphilis infantile, ni la coqueluche n'ont encore livré tous leurs secrets, et l'expérimentation reste à peu près muette quand on l'interroge sur ces deux questions si importantes de la pathologie infantile. Mais M. Roger a pu, dans son immense pratique, recueillir les documents nécessaires à l'œuvre qu'il vient de publier, et il nous donne dans le texte même les observations sur lesquelles il s'appuie, en les présentant sous une forme abrégée, claire et saisissante.

Le livre de M. Roger est écrit d'une plume alerte et vive, et quiconque connaît l'aimable et spirituel auteur des *Recherches cliniques des maladies de l'enfance* le reconnaîtra sans peine dans son style. Car cet ouvrage a le rare mérite d'avoir été pensé, écrit et « vingt fois corrigé » par l'auteur : il y a mis toute sa science, ouvert tous les trésors de sa pratique et semé à pleines mains les conseils d'une habile et prudente thérapeutique.

Voici une brève analyse de l'ouvrage.

Si l'on fait abstraction de quelques chapitres relatifs à l'*auscultation de la tête*, à l'*ossification des fontanelles*, au *tœnia chez les enfants*, le volume est tout entier consacré à la *syphilis infantile* et à la *coqueluche*, et ces deux questions importantes ont été traitées avec tous les développements qu'elles méritent.

Parmi les nombreux problèmes que soulève l'étude de la *syphilis héréditaire*, celui de l'étiologie n'est pas le moins intéressant ni le moins délicat. M. Roger l'expose avec beaucoup de précision.

Si le père et la mère sont tous les deux syphilitiques, les enfants qui naîtront seront presque fatalement infectés. Ils n'auront de chance d'échapper à la maladie que si les parents sont sous l'influence d'une syphilis très ancienne ou très atténuée par l'action d'un traitement prolongé. Si l'un des générateurs est seul malade, l'infection du produit est loin d'être constante, et l'on discute encore sur le point de savoir si l'action infec-

(1) Paris, 1883. Asselin et Cie, libraires-éditeurs.

tante appartient exclusivement à la mère on au père. Pour Cullerier, la transmission ne se ferait que par la mère; pour d'antres, c'est le père qui doit être incriminé. Les observations qui semblent démontrer l'action exclusive du pére dans l'hérédité de la syphilis infantile sont rares. D'ordinaire, l'œuf est infecté en même temps que fécondé par la liqueur séminale. Mais il peut arriver que l'embryon soit contaminé seulement après sa formation, probablement par l'intermédiaire de la circulation maternelle. On a prétendu que la mère pouvait, dans ce cas, échapper elle-même à l'infection, ou ne subir qu'une sorte d'infection atténuée et de *vaccine* lui assurant l'immunité. L'infection transmise par la mére seule malade compte à son actif de nombreuses observations; passé le septiéme mois et surtout le huitième mois de la grossesse, la mére peut contracter la syphilis sans la transmettre à son produit. Il en sera de même si sa vérole est ancienne et si elle ne se manifeste que par des accidents tertiaires. Le fœtus syphilisé dès la conception et directement par le père seul peut-il transmettre la maladie à la mère? La possibilité de cette syphilis par *choc en retour* est admise par M. Roger avec quelque réserve. Quant à la contagion des nourrices par les nourrissons syphilitiques, elle est parfaitement établie.

Passant à l'étude de la *syphilis acquise*, M. Roger nous donne des détails fort intéressants sur les différents modes de contagion. Il insiste à bon droit sur la *syphilis vaccinale* absolument démontrée aujourd'hui et dont la crainte légitime n'a pas peu contribué à discréditer la vaccination *de bras a bras*. Le récit succinct des différentes épidémies de syphilis vaccinale survenue en Italie et en France permet d'assigner certains caractéres à cette variété d'infection. La contagion peut avoir lien, non seulement de bras à bras, mais aussi par le vaccin conservé dans des tubes; le vaccinifère peut être contagieux sans présenter actuellement aucune manifestation syphilitique. Il ne faut pas se reposer sur des apparences quelquefois trompeuses; il ne suffit pas que l'enfant soit robuste et sain, il faut qu'il ait franchi l'âge de la syphilis héréditaire, c'est-à-dire l'âge de 5 à 6 mois. Le virus vaccin recueilli sur un enfant syphilitique reproduit chez les sujets qui le reçoivent l'éruption vaccinale et la syphilis; tout se passe d'abord comme si la vaccine était légitime; puis les pustules, au lieu de se dessécher et de se cicatriser dans les délais habituels, se transforment en ulcères recouverts de grosses croûtes et présentant une base indurée, les ganglions voisins s'engorgent, la roséole; les plaques muqueuses et tout le cortège des accidents secondaires ne tardent pas à se montrer.

On conçoit qu'il était très important, surtout au point de vue médico-légal, d'assurer le diagnostic différentiel de la syphilis héréditaire et de la syphilis acquise. M. Roger n'a pas craint de s'attaquer à ce difficile problème. Sans doute il est possible, facile même, dans la plupart des cas, d'en trouver la solution; mais il est d'autres cas pleins de difficultés, surtout aujourd'hui où la croyance à la syphilis héréditaire tardive a déjà pris rang dans la science. La valeur des altérations dentaires au point de vue de la syphilis héréditaire soutenue avec force par Hutchinson, paraît bien incertaine à M. Roger; tout en admettant la réalité de la *syphilis héréditaire tardive*, il met en grande suspicion les cas où elle a tant tardé (trente, quarante ans et davantage) qu'elle pourrait bien être *acquise*.

La partie relative à la coqueluche est un véritable *traité* qui comprend prés de 500 pages; c'est l'œuvre la plus complète qui ait paru en France et à l'étranger. Les mérites éprouvés de M. Roger comme clinicien et comme écrivain en assurent le succès.

Il est inutile d'insister aujourd'hui sur la spécificité et la contagiosité de la coqueluche, tout le monde est d'accord. On sait qu'il n'est pas de maladie infantile transmissible à un plus haut degré; quelques heures, quelques instants suffisent pour que le germe passe d'un enfant malade à d'antres enfants. Plus discutable, au contraire, est la nature intime de la maladie. Est-ce une *névrose* pure, est-ce une irritation nerveuse produite par l'*adénopathie* trachéo-bronchique (Guéneau de Mussy), est-ce un *catarrhe simple* ou un *catarrhe avec névrose* (Trousseau)? Tout concourt à nous faire considérer actuellement la coqueluche comme une maladie générale, spécifique, infectieuse, qui doit être rangée dans le cadre nosologique parmi les *pyrexies*. Le *catarrhe spasmodique* n'est pas toute la maladie; il n'en est que la manifestation la plus éclatante. Derrière cette manifestation, il existe bien certainement une cause générale que des travaux ultérieurs nous permettront sans doute d'apprécier autrement que par ses effets. Jusqu'à présent, les recherches micrographiques n'ont donné que des résultats incertains : Letzerich, Tschamer, ont décrit des micrococcus qu'ils prétendent avoir inoculés avec succès; mais leurs assertions n'ont pas été confirmées par d'autres observateurs. Il n'en est pas moins probable que la coqueluche, comme les fièvres contagieuses, est une maladie parasitaire, dont le microbe reste à découvrir.

On peut distinguer, d'après M. Roger, qui les décrit séparément, trois formes ou trois degrés principaux dans l'histoire de la coqueluche : 1° la *coqueluche moyenne*; 2° la coqueluche excessive (*hypercoqueluche*); 3° la coqueluche légère (*coqueluchette*). Cette dernière forme est celle qui se rencontre surtout chez les adultes exposés à la contagion. L'hypercoqueluche (dont le tableau symptomatique est tracé d'une manière frappante) est d'une excessive gravité et entraîne la mort soit par la violence et la répétition des quintes, soit par les complications plus fréquentes dans cette forme que dans toute antre.

Quelques auteurs ont voulu voir dans l'ulcération du frein une manifestation spécifique de la coqueluche. M. Roger réduit cette lésion à sa juste valeur en démontrant péremptoirement qu'elle manque dans la moitié des cas, et qu'elle est due à l'action toute mécanique des incisives inférieures sur la muqueuse sous-linguale.

Les complications si nombreuses et parfois si graves de la coqueluche sont exposées en détail. Au nombre de ces complications, la broncho-pneumonie est une des plus communes et des plus redoutables. L'influence que son intervention révèle sur la marche des quintes serait plus complexe que ne l'indiquaient les anciens. Si la coqueluche est à son début, les quintes sont supprimées par la broncho-pneumonie commençante; elles reparaissent ensuite et persistent jusqu'à la fin, mais généralement plus faibles et avec moins de reprise sifflante. Dans quelques cas, la *toux nerveuse* n'est nullement modifiée; elle est même aggravée, et le vieil adage : « *Febris solvit spasmos* » se trouve en défaut. Il faut cependant reconnaître que des coquelucheux affaiblis et prostrés par la maladie n'ont plus la force de tousser en quintes et que l'inflammation semble avoir dompté la névrose. La complication pulmonaire une fois déclarée, sa marche se trouve influencée par la maladie primitive. Si la coqueluche est à quintes nombreuses et fortes, elle entretient la phlegmasie broncho-pulmonaire

qu'elle avait appelée et rend la guérison très difficile à obtenir. L'invasion accidentelle de *pneumonies lobaires* serait, dans certains cas observés par M. Roger, plutôt favorable que funeste et abrègerait la durée de la coqueluche : « *Il y a, dans la coqueluche, des pneumonies innocentes ; il en est même de salutaires.* »

Survenant chez un tuberculeux, la coqueluche précipite la marche des lésions pulmonaires. Bien plus, la coqueluche, de même que la rougeole, passe pour engendrer fréquemment la tuberculose. Les hémorrhagies buccales, fréquentes dans la coqueluche, ont été prises parfois pour des hémoptysies ; cette erreur, trop souvent commise, a été rectifiée par M. Roger qui dit en outre que l'épistaxis donne quelquefois lien à une *pseudo-hématémèse*. L'examen attentif de la bouche et des fosses nasales fera reconnaître l'origine précise de ces pseudo-hématémèses et de ces pseudo-hémoptysies. Après avoir insisté, comme il fallait, sur le pronostic et sur les conditions qui en accroissent la gravité (jeune âge, complications, maladies intercurrentes), M. Roger consacre an traitement des pages pleines d'intérêt.

La contagion étant le mode unique de genèse de la maladie, il en résulte que l'isolement est la seule mesure efficace de prophylaxie. Quant au traitement *spécifique* il est encore à trouver, et tout ce qu'on peut faire se borne à une thérapeutique variée suivant la diversité incessante des symptômes, et à une honne hygiène. C'est par l'examen critique des divers traitements employés par les auteurs, et par des conseils précieux inspirés par sa longue pratique que M. Roger termine son ouvrage.

Toutes les indications thérapeutiques sont posées dans ces derniers chapitres, et le praticien y trouvera, quelles que soient les circonstances pathologiques, l'énoncé d'un remède non pas spécifique, ni sûrement efficace, mais toujours rationnel et souvent utile.

Si, comme le dit M. Roger dans sa préface, « l'exigence du lecteur croît avec l'âge de l'écrivain, à qui il est demandé de tenir et non plus de promettre », M. Roger peut être sans inquiétude sur le sort de son livre et sur le jugement que porteront ses contemporains.

J. GRANCHER.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par un arrêté ministériel, MM. les agrégés dont les noms suivent, sont chargés des cours auxiliaires ci-après désignés, pendant l'année scolaire 1883-1884 :

Pathologie interne : M. Landouzy ;
Pathologie externe : M. Richelot,
Physiologie : M. Ch. Richet ;
Anatomie pathologique : M. Raymond
Accouchements : M. Budin ;
Physique : M. Gariel;
Chimie : M. Henninger ;
Histoire naturelle : M. Raphaël Blanchard

***

ÉPIDÉMIES : *Choléra*. — Le choléra continue de faire des victimes à Alexandrie. Il a éclaté à la Mecque. Toutes les mesures sanitaires de prophylaxie sont en vigueur pour les provenances d'Egypte.

— *Fièvre jaune*. — Une épidémie de fièvre jaune sévit au Mexique, sur les bords du grand océan Pacifique. Plusieurs villes, entre autres Mazatlan, ont déjà payé un lourd tribut au fléau.

— *Fièvre typhoïde*. — Une épidémie de fièvre typhoïde s'est déclarée dans la caserne de Nice. Des mesures d'assainissement vont être prises d'urgence.

— *Trichinose*. — Une épidémie grave de trichinose sévit à Ermsleben en Saxe. Sur 134 maisons 50 seulement sont indemnes. Jusqu'à présent 200 personnes ont été atteintes et 18 sont mortes. La maladie a fait aussi son apparition à Aken, ville du même district et y a déjà fait plusieurs victimes. Nous savons que deux de nos confrères de Paris se disposent à partir très prochainement pour l'Allemagne afin d'étudier sur place l'épidémie.

***

LES DÉPÔTS MORTUAIRES. — La question des dépôts mortuaires, dont la GAZETTE MÉDICALE s'est déjà occupée, va passer de la discussion théorique à l'application pratique. D'après une décision du Conseil municipal, un dépôt de ce genre doit être organisé, à titre d'essai, au cimetière du Père-Lachaise. Les familles nécessiteuses, occupant un logement trop étroit, pourront y faire déposer, en attendant l'inhumation, le corps de celui de leurs membres qu'elles auront perdu. Une pièce spéciale sera destinée à recevoir les corps des individus morts d'une maladie contagieuse. Dans une autre pièce, on pratiquera la désinfection des vêtements et effets ayant appartenu aux décédés.

***

SERVICE MÉDICAL DE NUIT. — M. le docteur Passant vient de publier la statistique du service médical de nuit du 1er juillet au 30 septembre 1883. On a fait 1,659 visites de nuit; les hommes figurent dans ce nombre pour une proportion de 35 0/0, Les femmes, pour 53 ; les enfants au-dessous de trois ans, pour 12. La moyenne des visites par nuit est de 17,92 0/0. Pour le troisième trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 16 0/0.

L'arrondissement qui fournit le plus de visites de nuit est le 20e : 202 visites. Puis viennent le 11e, donnant 171 visites ; le 19e ; 139 visites ; le 14e, 125 ; le 18e, 115 ; le 15e, 97 ; le 17e, 96. L'arrondissement qui a eu le moins de visites de nuit est le 8e, donnant 7 visites ; puis le 16e, 27 ; le 2e, 30 ; le 6e, 37 ; le 7e, 38 ; le 9e, 54. Dans les 4e et 5e arrondissements, il y a eu plus de femmes visitées que d'hommes.

Les maladies qui ont nécessité les visites sont en majorité des accouchements laborieux : 166 pour le total des visites ; puis des troubles intestinaux : 118 ; des plaies et contusions : 106.

Les accidents se répartissent ainsi : plaies et contusions, 106 : fractures, luxations, entorses, 26 ; brûlures, 5 ; empoisonnements, 11 ; asphyxies par le charbon, 4 ; par submersion, 2 ; suicides, 4 ; morts à l'arrivée du médecin, 44.

***

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — Ouverture des cours le samedi 3 novembre 1883, à 3 heures, au siège de la société, 15, rue de l'École-de-Médecine :

M. de Mortillet. — Anthropologie préhistorique, les lundis à 4 heures, à partir du 5 novembre.

M. Topinard. — Anthropologie générale, les mardis et samedis à 3 heures, à partir du samedi 3 novembre.

M. Mathias Duval. — Anthropologie zoologique, les vendredis à 5 heures, à partir du 9 novembre.

M. Dailly. — Ethnologie, les mercredis à 4 heures à partir du 7 novembre.

M. Bordier. — Géographie médicale, les samedis à 5 heures à partir du 10 novembre.

***

ENSEIGNEMENT LIBRE : *Maladies des femmes*. — M. le docteur Chéron recommencera ses leçons cliniques à sa clinique, rue de

Savoie, n° 9, le lundi 5 novembre à une heure et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Maladies des yeux. — Le docteur Dehenne reprendra ses conférences de cliniques ophthalmologique, le lundi 5 novembre 1883, à une heure et demie, rue Monsieur-le-Prince, 24, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Tous les jours, examen des malades et exercices pratiques d'ophthalmoscopie.

Policlinique de chirurgie des femmes. — Ouverture des cours du docteur Berrut, rue de Bellechasse, 29, du jeudi 1er novembre au 31 août de chaque année.

Le jeudi à 9 heures : Leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte.

A 10 heures : consultations.

Le vendredi et samedi à 9 heures : Leçons ouvertes aux élèves inscrits.

La première leçon aura lieu le jeudi 8 novembre. On s'inscrit tous les jours de 3 à 5 heures.

***

Officiat de santé. — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante :

« Monsieur le Recteur.

« Le décret du 1er août 1883, porte que tout candidat au diplôme d'officier de santé devra, en s'inscrivant, justifier, à défaut du diplôme de bachelier, du certificat de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle, conformément aux programme d'études de l'enseignement spécial.

« J'ai décidé que, durant une période de deux ans qui prendra fin le 1er novembre 1885, vous pourrez, sur l'avis motivé de la Faculté ou l'École, accorder la dispense de cet examen complémentaire aux étudiants qui ont subi l'examen de grammaire avant le 1er août 1883, mais à ceux-là seulement.

« Vous m'adresserez un rapport spécial sur chacune des dispenses que vous accorderez.

« Recevez, etc. « Signé : Jules Ferry. »

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 19 au jeudi 25 octobre 1883.

Fièvre typhoïde 45. — Variole 5. — Rougeole 4. — Scarlatine 0. — Coqueluche 11. — Diphtérie, croup 31. — Dysentérie 1. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 1. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 37. — Phthisie pulmonaire 181. — Autres tuberculoses 9. — Autres affections générales 60. — Malformation et débilité des âges extrêmes 40. — Bronchite aiguë 31. — Pneumonie 58. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 37, — au sein et mixte 41. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 91. — de l'appareil circulatoire 65. — de l'appareil respiratoire 82. — de l'appareil digestif 39. — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 939 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

54e année. 6e série. Tome V. N° 45 10 NOVEMBRE 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 8 novembre 1883.

Intérêts professionnels : LES SYNDICATS MÉDICAUX. — L'ASSOCIATION GÉNÉRALE. — LA CAISSE DES PENSIONS DE DROIT. — LES ASSURANCES MUTUELLES ENTRE MÉDECINS (1).

II

Les syndicats médicaux. — Trois ordres de faits semblent avoir amené la création des syndicats médicaux : d'abord la force de l'association qui est désormais un principe compris et admis par tout le monde ; en second lieu, l'insuffisance de la législation qui nous régit pour protéger nos intérêts professionnels ; enfin l'impuissance de l'Association générale des médecins de France à défendre ces mêmes intérêts, impuissance qui tient à sa propre constitution et dont on ne saurait par conséquent lui faire un crime.

Dans les conditions actuelles, le médecin a à lutter :

1o Contre la concurrence de ses confrères ;

2o Contre les préjugés du monde et la mauvaise foi des clients ;

3o Contre l'exercice illégal de la médecine ;

4o Contre l'exploitation de ses services par l'Etat, les grandes administrations, les sociétés de secours mutuels, etc.

Examinons rapidement les divers éléments de cette lutte de chaque jour.

1o Quand on s'entretient en famille, il est permis de se dire sans ambages ses vérités. Nous dirons donc que, s'il y a de bons confrères, il en est aussi de mauvais qui cherchent, par tous les moyens possibles, à enlever des clients au voisin. L'un des moyens les plus usités consiste dans l'abaissement du prix des honoraires. Or rien, au point de vue des intérêts matériels comme au point de vue de la dignité professionnelle, n'est plus déplorable que cette concurrence au rabais.

Il est des médecins, ce sont en général des vétérans de la profession, qui, parvenus à un certain degré d'aisance, n'exercent plus que pour l'amour de l'art et se font une sorte de gloire de ne plus réclamer d'honoraires. Ils n'en sont pas moins jaloux de conserver leur clientèle, et leur désintéressement, joint à la confiance qu'inspire toujours une longue pratique, rend aux jeunes confrères la lutte absolument impossible. Cette sorte de concurrence, malgré ce qu'elle a de légitime en apparence, ne saurait être approuvée. Libre à chacun, en effet, de faire de l'art ou de la philanthropie à ses propres dépens, mais non aux dépens des autres. Or le médecin qui ne demande pas d'honoraires oblige par cela même ses confrères à baisser le taux de ceux qu'ils sont en droit de réclamer.

2o Les préjugés du monde à l'égard des médecins sont connus ; nons n'avons pas besoin d'insister. La médecine est un

(1) V. le n° 43.

FEUILLETON

NOTIONS SUR LES SUBSTANCES EXPLOSIVES D'INVENTION MODERNE ET SUR LES BLESSURES QU'ELLES PRODUISENT. (Extraits d'une conférence faite à la Société française de secours aux blessés le 23 mai 1883 par le docteur S. Pozzi, membre du conseil.)

Depuis quelques années, les noms techniques de nitroglycérine, dynamite, fulmi-coton, etc., presque inconnus naguère encore de ceux qui ne fréquentent ni les laboratoires ni les usines, sont devenus familiers à tout le monde et presque journellement répétés par les journaux de tous les pays ! Ce n'est plus seulement, comme autrefois, l'explosion des mines, le brisement des roches, le percement des tunnels, la fabrication des produits chimiques, qui provoquent les catastrophes et les blessures dont nous allons parler. L'art de la guerre s'est approprié ces puissants moyens de destruction, et les *torpilles*, pour ne citer que l'un d'eux, ont déjà fait de nombreuses victimes soit dans les combats, soit dans les arsenaux et dans les manœuvres.

Enfin, à côté de la guerre des peuples, la guerre sociale, mille fois plus acharnée, nous menace aussi d'utiliser ces terribles découvertes de la science contemporaine. Il ne se passe guère de mois sans que l'explosion d'une bombe de fulminate ou d'une cartouche de dynamite ne vienne nous rappeler que nul sujet n'est plus actuel, plus à l'ordre du jour que celui-ci.

I

Quelques notions théoriques sont indispensables tout d'abord.

Personne n'ignore que l'*explosion* provoquée par les substances détonantes est due à leur combustion rapide, amenant la brusque production d'une quantité énorme de gaz. Ces gaz, étant au moment de leur naissance à une très haute température, possèdent une tension ou puissance d'expansion énorme, qui chasse devant eux tout ce qu'ils rencontrent, — projectile, si la substance explosive est enfermée dans une arme à feu, — éclats d'obus de bombe, de récipient quelconque ; — enfin l'atmosphère et les obstacles voisins si le corps explosif détone à l'air libre. Pour vous donner une idée de la puissance que peut atteindre cette force expansive, je vous dirai que *20 kilogrammes de dynamite amènent instantané-*

sacerdoce : donc le médecin se doit à tous. Il ne sort en apparence rien de sa bourse, il ne vend aucun produit, il paraît être dans l'aisance : donc il peut donner ses soins gratuitement. Et, partant de ces principes, chacun abuse à l'envi de lui, depuis le simple particulier jusqu'à la grande collectivité, c'est-à-dire l'Etat, en passant par tous les intermédiaires.

Le médecin est un dieu pour le client malade ; il déchoit et devient un vulgaire créancier quand celui-ci est guéri. Or, en cette circonstance comme dans bien d'autres, le nombre des mauvais débiteurs est incalculable. Pour ne pas avoir à payer le médecin qui l'a guéri, le mauvais client, repris par la maladie, s'adresse à un autre, qu'il quittera à son tour quand le quart d'heure de Rabelais aura sonné. C'est de l'histoire courante que nous racontons là.

3° Par contre, le client qui ne paie pas le médecin ouvre volontiers les cordons de sa bourse pour consulter la somnambule, honorer les soins du rebouteur, payer au décuple les drogues qu'une raison sociale quelconque lui vend dans une officine de dixième ordre. Que si le médecin signale à l'autorité compétente les préjudices graves que lui cause cet exercice illégal de la médecine, chacun lui jette la pierre et sa plainte ne sert que de réclame à ceux qui violent la loi.

4° Le médecin, au début de sa pratique et même plus tard, en attendant une clientèle suffisamment rémunératrice, est heureux de trouver des fonctions qui lui assurent des honoraires fixes, quelque minimes qu'ils soient : de là l'énorme concurrence quand une de ces positions devient vacante ; de là aussi le traitement inférieur aux services rendus et parfois dérisoire offert aux médecins par ceux qui disposent de ces places. L'Etat donne l'exemple, et cet exemple n'est que trop bien suivi par les grandes administrations, les Compagnies, les associations diverses, telles que les sociétés de secours mutuels, etc., etc. ; on peut dire qu'il s'agit là d'une exploitation générale et en règle du corps médical.

Que peut le médecin isolé contre de si puissants et de si nombreux obstacles ? Rien. Que peut-il en s'associant à ses confrères ? Tout. De là l'utilité et la justification des syndicats.

Les résultats déjà obtenus par nombre de syndicats démontrent cette puissance de l'association. Avec elle la concurrence au rabais n'existe plus : un tarif minimum des honoraires, librement discuté et accepté par tous les médecins d'une région, établit une juste proportion entre l'importance des soins donnés par le médecin et l'obligation contractée par le client. Dans leurs réunions périodiques, les médecins apprennent à se connaître, à s'estimer, à pratiquer les uns envers les autres les règles d'une bonne confraternité. Dans ces relations fréquentes et amicales, il leur est possible, sans en venir à la création d'un *livre noir*, de se renseigner sur la mauvaise foi de certains clients.

Les propositions suivantes, adoptées par le syndicat de Meurthe-et-Moselle, montrent de quelles armes peut se servir l'association contre l'exercice illégal de la médecine :

« 1° Le comité syndical est autorisé à agir énergiquement et même à poursuivre judiciairement les cas connus d'exercice illégal ;

« 2° Le comité est à la disposition de tous les membres du syndicat pour agir ou poursuivre dans tous les cas signalés ;

« 3° Une lettre sera écrite aux autorités ecclésiastiques et aux maires des communes pour réclamer la répression de l'exercice illégal par les personnes appartenant à des communautés ou salariées par les communes ;

« 4° La décision suivante sera observée par les membres du syndicat, en n'en exceptant que les cas où l'humanité exige une restriction :

« En principe, les membres du syndicat refuseront leurs soins à toute personne qui aura été soignée, pour la maladie présente, par une religieuse, une sage-femme, un charlatan ou toute autre personne connue pour exercer illégalement. »

Les syndicats traitent de puissance à puissance avec les administrations publiques ou privées, les compagnies d'assurances, les sociétés de secours mutuels, etc., et peuvent ainsi défendre efficacement les droits et les intérêts du corps médical. Par exemple, le syndicat de Lot-et-Garonne, à l'exemple de celui de Beaugé, avait décidé que ses membres refuseraient de faire les expertises médico-légales et ne prêteraient leur concours à la justice que dans les cas de flagrant délit prévus par l'article 475, n° 12, du code pénal. Le parquet d'Agen est entré en composition avec le conseil syndical et les honoraires médico-légaux ont été ainsi réglés d'un commun accord :

« A l'avenir, le parquet et le juge d'instruction régleront eux-mêmes le prix des honoraires pour les opérations et les

---

ment le déplacement de trois millions de cubes d'air. Telle est l'évaluation des ingénieurs appelés à se prononcer sur l'accident de Paulilles sur lequel nous aurons à revenir. C'est environ quatre fois plus que ne ferait la poudre de mine ordinaire.

Il n'est pas inutile de vous rappeler que toute matière explosive se compose essentiellement du mélange d'un corps comburant et d'un corps combustible. Ainsi, dans la poudre à canon vulgaire, le comburant est le salpêtre, le combustible le soufre et le charbon. Ce qui différencie l'explosion d'une simple combustion, c'est l'instantanéité de la combinaison chimique qui s'effectue, la transformation subite de toute la masse en produits gazeux pourvus d'une forte tension, enfin et surtout le mode suivant lequel cette combustion explosive est provoquée, ce qui donne au phénomène une modalité particulière.

En effet, comme on le croit vulgairement, il ne suffit pas de mettre le feu à une substance explosive ou de la soumettre à un choc pour produire une explosion. On peut approcher une allumette en ignition d'un peu de cette poudre grisâtre que je vous montre et qui est de la dynamite (rassurez-vous, nous ne ferons pas l'expérience). Vous verriez celle-ci prendre feu lentement et brûler sans détonation aucune, avec un simple petit pétillement qui projette doucement des parcelles siliceuses en sens inverse de la progression de la combustion. En assistant à ce paisible phénomène dans le laboratoire de l'éminent chimiste M. Jungfleisch, auquel je dois beaucoup de renseignements précieux, j'avais peine à croire que je fusse là en présence de dynamite enflammée. — Je pourrais vous citer d'autres explosifs dont la *combustion lente* (c'est le terme consacré) ne donne lieu à aucun désordre. Mais un seul exemple me suffit.

Si l'on enferme cette dynamite dans un vase hermétiquement clos et qu'on l'enflamme par un petit orifice ménagé à cet effet, elle commence d'abord à brûler paisiblement, puis les gaz sortent avec un sifflement qui augmente rapidement d'intensité et enfin la cartouche éclate. La puissance de l'explosion, dans ce cas, dépend de la résistance de l'enveloppe. Plus l'enveloppe est résistante, plus l'explosion est violente.

C'est ce que l'on a appelé l'*explosion de deuxième ordre*, pour la différencier de la suivante :

Si, à l'aide d'une amorce de fulminate (ou dans d'autres conditions spéciales qu'il serait trop long d'expliquer), on enflamme de

expertises médico-légales au moyen de vacations de jour et de nuit, du prix de 3 francs et de 4 fr. 50. Le juge accordera un nombre de vacations équivalant au prix moyen des honoraires fixés par le tarif du syndicat. »

D'après ce tarif, l'autopsie d'un adulte est payée en moyenne 100 fr., celle d'un enfant de 50 à 60 fr; un examen au spéculum 10 fr., etc. On le voit, ce tarif est fort acceptable.

Ailleurs, comme dans le Cher, la Haute-Saône, etc., les syndicats médicaux agissent de même auprès des autorités municipales et départementales pour faire élever le chiffre des allocations attribuées à l'assistance médicale à domicile, à la médecine cantonale, à la surveillance des enfants du premier âge; nul doute qu'ils ne finissent par avoir le même succès.

Il est inutile de dire que les comités syndicaux ne défendent pas avec moins de zèle et d'activité les intérêts des médecins dans leurs rapports avec les compagnies d'assurances, les sociétés de secours mutuels, etc.; nous ajouterons que, dans maintes circonstances, les comités syndicaux, prenant en mains la cause d'un membre du syndicat, ont obtenu pour lui un acte de justice ou de réparation que seul et livré à ses propres forces il n'aurait pu espérer.

La conclusion de ces détails, un peu écourtés sans doute, mais qu'il nous semble inutile d'étendre davantage, est que les syndicats répondent, par les résultats déjà acquis, à l'idée qui en a dicté la formation et aux espérances qu'on en a conçues. On ne saurait donc trop les encourager et il faut souhaiter que, dans un avenir prochain, il n'existe plus de région dont les médecins ne se soient ainsi constitués en association de défense professionnelle.

Le mot *syndicat* déplaît, nous le savons, à bon nombre de confrères. Certains lui préféreraient l'expression de *cercle médical*. Peu importe le nom, pourvu que l'institution reste et progresse. Nous ne voyons d'ailleurs aucun inconvénient à conserver le nom de *syndicat*, accepté en définitive par la majorité.

La tiédeur de beaucoup de médecins à l'endroit des syndicats tient encore au caractère un peu rigoureux et exclusif des statuts que certains d'entre eux ont adoptés, et qui blessent nos sentiments d'indépendance et de dignité professionnelle. C'est là une simple question de forme ou de détail qui ne saurait atteindre l'institution elle-même. Nous croyons toutefois que les organisateurs des syndicats feront bien de donner une forme plus modérée, moins impérative, à la rédaction de leurs statuts, laissant une part plus large aux effets de la bonne confraternité et de la parole engagée. Parmi les différents statuts que nous avons eus sous les yeux, nous pouvons citer comme modèles ceux qui régissent le syndicat du Loiret. En dehors des articles généraux, plus ou moins applicables à toute association, nous reproduisons les suivants, qui caractérisent et spécifient le syndicat :

« Art. 3. — L'Association a pour objet l'étude de toutes les questions professionnelles en général, et en particulier celles qui peuvent se présenter dans le département du Loiret.

« Son but est l'établissement d'une union confraternelle, d'une solidarité professionnelle qui seules peuvent augmenter la dignité, la considération et le bien-être de ses membres.

« Art. 22.—Des règlements particuliers, adoptés en assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique les principes généraux exposés dans les présents statuts. »

Voilà qui est sage; voilà des statuts qui ne blessent aucune délicatesse, aucune susceptibilité; voilà un syndicat dans lequel les plus scrupuleux à l'endroit de la dignité professionnelle ne feront aucune difficulté d'entrer, et les engagements pris d'un commun accord, en assemblée générale, n'en seront pas moins bien tenus que lorsqu'ils sont quasi garantis par une obligation statutaire. D'un autre côté, un syndicat fondé sur des bases aussi larges n'en travaille pas moins activement à la défense des intérêts professionnels. Dans sa réunion du 5 novembre de l'année dernière, le cercle de l'arrondissement d'Orléans, subdivision du syndicat du Loiret, entendait trois rapports très étudiés sur *la médecine légale*, sur *la médecine cantonale*, sur *la protection des enfants du premier âge*, et le président, M. Chipault, pouvait ajouter, à un autre point de vue : « Laissez-moi vous dire, messieurs, que déjà notre Association médicale a donné, à plusieurs de nos confrères qui étaient désunis, la possibilité de se rapprocher et de vivre unis désormais par les liens d'une confraternité sincère et loyale. »

L'exemple que nous venons de citer nous semble bon à imiter. Qu'on se garde donc désormais de statuts par trop dra-

---

la dynamite soit à l'air libre, soit dans un espace clos, il se produit une très violente détonation qui est l'*explosion du premier ordre*, beaucoup plus puissante que la précédente.

Ces trois modes de combustion des substances explosives (combustion lente, explosion du premier ordre, explosion du second ordre) peuvent être retrouvés pour la plupart d'entre elles (1).

Quelle est la cause intime de ces différences singulières? Quelle

(1) Cf. E. Turpin. *Notice sur la panclastite*, Paris, 1882.

« La poudre ordinaire peut également se transformer en gaz de trois manières différentes :

« Dans le vide, il faut une température de 2000° pour la faire brûler. Dans ce cas, elle brûle lentement et sans explosion.

« Au-dessous de cette température, elle ne s'enflamme même pas. Si, dans ces conditions, on laisse entrer dans l'appareil un gaz quelconque, inerte par exemple, comme l'azote, car l'oxygène n'est pas nécessaire, aussitôt la déflagration se produit. Elle se produit à une température d'autant plus basse et la combustion est d'autant plus rapide que la pression est plus grande. C'est la combustion lente.

« A l'air libre ou enfermée, la poudre brûle vivement, mais sans détoner. C'est l'explosion de deuxième ordre.

« Si on l'amorce avec de la nitroglycérine ou si on la frappe violemment entre deux blocs de fer, elle détone à l'air libre. C'est l'explosion de premier ordre.

« La poudre, comme on le voit, peut se transformer en gaz de trois manières différentes.

« Le fulmi-coton se comporte de la même manière dans le vide, dans l'air et sous l'influence d'une amorce.

« Le fulminate de mercure, auquel on attribue seulement l'explosion de premier ordre, paraît être dans le même cas, avec des caractères moins apparents, moins tranchés, mais manifestement semblables. En effet, au fur et à mesure que l'on emploie une enveloppe plus résistante, l'explosion de ce corps devient de plus en plus violente.

« Un mélange de nitrate de plomb (10 parties) et de phosphore amorphe (2 parties) brûle rapidement à l'air libre, mais sans détonation.

« Enfermé dans un tube mince, la mise du feu provoque une explosion. Si on soumet ce mélange à l'influence d'une explosion initiale, même dans une enveloppe mince, il se produit une violente détonation. »

coniens, propres surtout à éloigner des adhérents. Du reste, par une expérience plus prolongée, les syndicats (qu'on nous passe l'expression, il en est des collectivités comme des individus) acquerront plus de maturité, et corrigeront ou éviteront les erreurs inséparables d'un début.

Une question assez grave ne pouvait manquer de surgir : celle des rapports des syndicats avec l'Association générale des médecins de France. Nous l'examinerons dans un prochain article.

(A suivre.)

Dr F. DE RANSE.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE A PROPOS D'UN CAS DE BÉGAIEMENT COMPLIQUÉ DE TICS COORDONNÉS MULTIPLES : TIC DE LA LANGUE ET DES LÈVRES, DU TRONC (TIC DE L'OURS), DU BRAS ET DU LANGAGE ARTICULÉ (TIC DE LA PENSÉE), par le docteur MAURICE LETULLE, médecin des hôpitaux.

S'il est un détail bien établi aujourd'hui dans la symptomatologie du bégaiement, c'est le fréquent développement de mouvements involontaires, convulsifs, localisés à la face, à la tête, au tronc, aux membres, et se produisant « à l'instant des difficultés du langage » (Guillaume) (1).

Ces contractions spasmodiques ont même permis à Colombat d'isoler deux des six variétés qu'il établit dans la forme dite *gutturo-tétanique* du bégaiement (par opposition à la forme dite *labio-choréique*).

Toutefois, fait digne de remarque, pour tous les auteurs, ces mouvements convulsifs associés à la gêne de la parole et disparaissant dès que le bègue cesse de parler, sont ou des mouvements choréiformes (bégaiement gutturo-tétanique *choréiforme)* ou des convulsions, des contorsions épileptiformes, des spasmes (bégaiement gutturo-tétanique *épileptiforme* de Colombat).

Par conséquent le bègue, chez qui les appareils respirateurs, phonateurs ou articulateurs servent à la fonction du langage se convulsionnent pendant l'action de parler, présente en outre fréquemment des mouvements convulsifs de divers autres muscles du corps. En un mot, le bégaiement s'accompagne souvent de *tics* variés et passagers.

L'observation suivante va nous permettre d'étudier d'une manière un peu plus détaillée certains caractères que peuvent offrir à l'observateur les divers tics des bègues. Elle nous autorisera en outre à formuler quelques remarques qui nous sont suggérées par l'étude comparative des tics et du bégaiement.

Observation. — Albert J..., dix-sept ans, est atteint depuis l'âge de sept ans d'un bégaiement persistant. L'embarras de la parole porte principalement sur l'émission de certaines consonnes, l's en particulier qui n'est lancée qu'après un sifflement prolongé. Il existe en outre une grande hésitation dans l'articulation de différentes syllabes, et spécialement celles où entrent les *b, j, p, s*.

Par contre, souvent la parole se précipite pendant quelques mots, puis s'arrête tout à coup en face d'une syllabe infranchissable. La parole est ainsi hachée, entrecoupée de sifflements prolongés qui rendent la conversation fort pénible.

A côté de ces troubles fonctionnels, il est curieux de noter que certaines réponses auxquelles le malade est habitué sont lancées avec la plus grande netteté et le rhythme le plus régulier : c'est ainsi qu'il énumère sans hésiter ses noms et prénoms, Albert-Baptiste Jary, son âge, la date de sa naissance, son adresse : « 275, rue du Faubourg-Saint-Denis, » etc.

Mais ce qui donne à ce cas son caractère d'originalité, c'est l'apparition d'un certain nombre de *tics* qui se produisent uniquement pendant l'action de parler. Ces tics, que nous allons essayer de décrire, peuvent se décomposer de la façon suivante :

a. Tic coordonné de la langue et des lèvres. — A certains moments, au milieu d'une phrase qu'il s'énonce plus ou moins régulièrement, le jeune homme ferme tout à coup ses lèvres pendant que la pointe de la langue vient se loger entre les arcades dentaires ; les incisives l'y arrêtent un instant ; puis, presque aussitôt, un bruit sonore se fait entendre, comparable au coup de langue d'un dégustateur qui vient d'avaler une lampée de vin ; le maxillaire inférieur s'abaisse énergiquement et le mot interrompu ou la phrase coupée s'achève. Or, remarquons-le sans tarder, il ne s'agit aucunement alors d'un mouvement convulsif irrégulier, arhythmique ; c'est un mouvement coordonné ; c'est, si j'ose dire, *le geste labio-lingual du dégustateur :* aucune *convulsion* dans cet acte moteur ; mouvement complexe, involontaire, je le veux bien, mais rhythmé, complet, coordonné, toujours le même et toujours parfait chaque fois qu'il se reproduit, voilà ce qu'on ne peut nier.

b. Tic du tronc (*tic de l'ours*). — Souvent, parfois toutes les minutes, rarement plus fréquemment, en même temps que le tic

(1) DICT. ENCYCL. DES SC. MÉD., t. VIII, p. 694, art. *Bégaiement.*

est, en particulier, la nature des phénomènes qui déterminent l'explosion de *premier ordre* des explosifs en général, celle qui les rend particulièrement redoutables ?

Notons d'abord une particularité importante au point de vue pratique : cette explosion s'obtient particulièrement bien sous l'influence d'une explosion initiale, et plus facilement pour certains composés comme la dynamite, la nitroglycérine, le fulmi-coton, que pour d'autres, la poudre ordinaire, par exemple.

Trois théories ont été émises et ont chacune encore leurs partisans. Je vais vous les indiquer, sans oser me prononcer entre elles.

Première théorie, dite des vibrations synchrones. D'après elle, la vibration seule amène la terrible explosion de premier ordre, à condition qu'il y ait corrélation entre le nombre de vibrations produites par l'amorce et celles que produirait le corps sur lequel elle agit, pourvu en un mot qu'ils vibrent à l'unisson. L'explosion initiale de l'amorce serait ainsi, passez-moi l'expression, destinée à *donner le la* à la masse explosive proprement dite. A l'appui de cette théorie, on cite une expérience curieuse : de l'iodure d'azote est placé sur la corde d'une contrebasse que l'on fait vibrer avec un archet ; le corps explosif reste inerte tant qu'on n'arrive pas à faire vibrer la corde un certain nombre de fois par seconde, à produire en un mot un certain son, mais il fait explosion dès que ce *nombre* et par suite ce *son* est atteint.

Il y a plus. Pour bien démontrer que la chaleur, l'*inflammation*, joue un rôle nul ou secondaire, et ruiner par suite la théorie rivale, on a placé sous l'eau des explosifs divers : dynamite, fulmi-coton, et on a réussi à les faire détoner par l'action initiale d'une amorce au fulminate de mercure, placée de façon à ce que ces corps ne pussent subir le contact des gaz enflammés. La démonstration est péremptoire au point de vue négatif. Mais elle n'a qu'une valeur positive contestable en faveur de la théorie des vibrations.

Seconde théorie dite de la chaleur et de la force vive. — Il n'est pas besoin de la définir. Il faut avouer que c'est celle qui paraît la plus simple, *à priori.* Mais nous avons vu que des faits péremptoires viennent la démentir.

Faut-il donc se rattacher à la théorie des vibrations ? Elle est elle-même infirmée par des expériences faites sur les mixtes fulminants moins sensibles que l'iodure d'azote et la dynamite. On a pu, avec des appareils spéciaux, obtenir à volonté des vibrations plus ou moins rapides sans amener aucun résultat.

labio-lingual signalé plus haut, ou même sans autre phénomène anormal, le malade est pris en parlant d'une oscillation rhythmique transversale du tronc, peu rapide, assez étendue, rappelant de tous points le *tic de l'ours* décrit en art vétérinaire. C'est bien ici aussi une sorte de balancement, de piétinement, mais qui s'arrête presque aussitôt qu'il paraît : quatre à cinq oscillations assez lentes, et tout est dit; le tronc se porte alternativement sur l'un et sur l'autre membres sans que les pieds se détachent du sol. Là encore, il est impossible de trouver une *convulsion* au sens précis du mot; rien qui éveille l'idée d'un spasme, d'un mouvement saccadé choréiforme ou épileptiforme; c'est bien une oscillation rhythmique qui déplace la totalité du tronc de droite à gauche, puis de gauche à droite, dans un plan transversal invariable; c'est un mouvement *coordonné*. Je l'appelle donc un *tic coordonné*, et je passe, sans plus tarder, à un troisième mouvement involontaire.

c. Tic coordonné du bras gauche. — D'ordinaire, c'est en même temps que le tic de l'ours que se montre dans le membre supérieur gauche un mouvement oscillatoire de courte durée, consistant en une douzaine de contractions régulièrement espacées et donnant lieu au geste suivant : l'avant-bras se fléchit à angle droit sur le bras et se met en demi-pronation; puis le bras se ment d'avant en arrière, déplaçant le coude dans une étendue de 15 à 20 centimètres et portant au devant de la poitrine la main, dont les doigts sont fléchis. Voilà bien encore un tic coordonné, un geste involontaire comparable à celui de la main armée d'une lime, comparable aussi à certains tremblements rhythmés.

Tout d'un coup, ces gestes du bras, du tronc et même de l'appareil labio-lingual s'arrêtent et le malade continue sa phrase interrompue : rarement il peut dire encore quelques mots quand les tics du tronc et du bras apparaissent, et presque toujours ces derniers cessent quand la parole redevient facile et que le bégaiement se supprime.

Etablissons tout d'abord que ces contractions musculaires, qui naissent à l'occasion du bégaiement, sont bien des tics; nous aurons ensuite à préciser leur variété et leur nature.

Qu'est-ce qu'un *tic*? une contraction musculaire *circonscrite*, *habituelle*, *involontaire* et souvent *inconsciente* (1). Malgré la multiplicité de leur siège, les contractions sont ici bien circonscrites à la langue, aux lèvres, au tronc et au bras gauche. Elles se répètent assez fréquentes, uniquement à l'occasion de l'action de parler, ce qui est un détail intéressant, et pendant l'apparition du bégaiement, ce qui est une indication précieuse. Involontaires, ces mouvements le sont au premier chef, au point que notre malade s'arrête souvent dans l'effort qu'il faisait pour franchir la syllabe d'arrêt sitôt qu'il s'aperçoit de l'oscillation du tronc ou du geste de son bras. C'est dire que les contractions variées que nous venons de décrire chez lui sont inconscientes, au début du moins; mais il en a bientôt la perception et s'interrompt dès qu'il s'en rend compte. Il a remarqué lui-même que la suspension de l'effort de parler supprime instantanément les tics qui accompagnent son bégaiement.

Donc, ce sont bien des *tics* qui compliquent ce bégaiement acquis, et ces tics sont intimement liés à l'hésitation de la parole.

Forts de cette donnée, nous pouvons rechercher leur variété clinique, nous essaierons ensuite d'éclaircir la question complexe de leur nature et de leurs corrélations avec le bégaiement.

(A suivre.)

(1) Voy. Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques, t. xxxv, art. *Tic*.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Cinquante-sixième réunion des naturalistes et des médecins allemands

tenue à Fribourg du 18 au 23 septembre 1883

Section de médecine

Suite — Voir le numéro 43.

De l'excrétion de l'acide phosphorique dans les cas de paralysie agitante et dans les formes similaires de tremblement paralytique. — Après avoir avoir rappelé que le professeur Charcot, dans ses leçons sur le système nerveux, avait attiré l'attention sur l'intérêt qu'offrirait l'étude des modifications de l'urine dans les cas de paralysie agitante, après avoir rappelé aussi les recherches de M. Chéron dans cette voie, M. Ewald (de Berlin) fait connaître les résultats de ses propres investigations concernant l'excrétion de l'acide phosphorique dans quatre cas de paralysie agitante, un cas d'athétose post-hémiplégique, un cas de tremblement post-hémiplégique, deux cas de tremblement sénile. Des analyses comparatives d'urine étaient faites sur des sujets de même âge, placés dans les mêmes conditions d'alimentation et affectés de maladies

---

Nous arrivons à une troisième théorie, qui se présente pour recueillir la succession de ses deux devancières.

Troisième théorie dite de la pression exercée sur le composé explosif par la détonation de l'amorce.

D'après cette théorie, ou pour mieux dire cette hypothèse ingénieuse, les molécules d'un explosif seraient dans un état d'inertie relative et propre à chacun d'eux, état qui cesserait dès qu'une force extérieure viendrait rompre cet équilibre en rapprochant les molécules des éléments composants et en les forçant en quelque sorte à rentrer l'une dans l'autre pour se combiner.

Voici les arguments invoqués : Si nous considérons la manière dont se transforment en gaz tous les explosifs, nous trouvons, comme nous l'avons déjà dit, que cette transformation varie de la combustion simple, paisible, à la détonation violente. On remarque en même temps que cette marche est sensiblement régulière et progressive avec l'augmentation de pression que supporte l'explosif. — Si nous prenons, par exemple, la poudre ordinaire, nous constatons que sa combustion est d'autant moins rapide que la pression qu'elle supporte est moindre, à ce point que dans le vide elle devient presque ininflammable. Au contraire, à mesure que la pression augmente, l'inflammabilité, la rapidité de combustion et la puissance augmentent aussi, en même temps (particularités des plus remarquables) que la nature des gaz dégagés change dans ces différentes phases.

Pour la dynamite, d'autres expériences démontrent le rôle considérable et prépondérant de la pression dans la production de l'explosion. C'est ainsi qu'on a observé que la dynamite, quand elle vient à s'altérer et à dégager des gaz dans une enveloppe hermétique, peut détoner seule ou sous la moindre secousse extérieure. C'est encore ainsi que dans un espace clos l'explosion d'une petite quantité de dynamite peut faire détoner à plus d'un mètre une cartouche de même matière. Enfin, dans un tuyau de plomb long de six pieds, on a placé à chaque extrémité une cartouche dont une seule fut enflammée par une amorce. L'autre a détoné en même temps. La pression de l'air a donc fait amorce (E. Turpin).

Ces expériences expliquent comment la dynamite et le coton-poudre ont fait explosion sous l'eau à l'abri de la chaleur. Ce liquide étant incompressible, les masses explosibles ont reçu la pression dégagée par l'amorce, comme si celle-ci avait été mise en contact. Tout à l'heure c'était la pression de l'air, maintenant c'est

chroniques n'intéressant pas le système nerveux. Contrairement à ce qu'avait constaté M. Chéron, M. Ewald n'a pas trouvé d'augmentation de la quantité d'acide phosphorique éliminée par les urines dans ces cas de tremblement.

— *Démonstration de préparations histologiques se rapportant à un cas de carcinome métastatique double des yeux ; remarques sur la conservation de semblables préparations dans la glycéro-gélatine, selon le procédé de Pristley-Smith*, par M. UHTHOFF.

— *Démonstration de préparations histologiques relatives à un sarcome ulcéré de l'intestin grêle*, par M. BESSEL.

— *Infection autochtone par les produits d'une désassimilation anormale ; coma (dyscrasique) développé dans ces conditions*, par M. SENATOR. — Dès 1868, à propos d'un cas pathologique qui avait simulé un empoisonnement par l'hydrogène sulfuré, M. Senator avait fait remarquer que le catarrhe intestinal peut devenir le point de départ d'une infection autochtone ; cette hypothèse a gagné en vraisemblance, depuis qu'on sait que les fermentations intestinales peuvent mettre en liberté des produits toxiques, tels que l'indol, le phénol, etc. Des décompositions putrides peuvent avoir pour siège d'autres organes que l'intestin, la vessie par exemple. On est même en droit de supposer que, dans certaines circonstances pathologiques, des principes toxiques peuvent prendre naissance dans le sang.

Si l'on s'en tient aux enseignements de la clinique, on est amené à reconnaître que dans ces dysorasies deux systemes organiques sont principalement affectés, à savoir : les reins et le système nerveux. Les reins sont chargés de débarrasser le sang des produits délétères résultant d'une anomalie de la désassimilation dans les états tels que la goutte, le diabète, l'albuminurie, etc. Le système nerveux est presque toujours intéressé dans ces cas d'auto-infections, même de celles qui ont pour origine un catarrhe intestinal. Il y a longtemps, Senator a insisté sur les relations du vertige stomacal avec les troubles chimiques de la digestion. Dans la présente communication, l'auteur vise surtout le complexus symptomatique qui est couramment désigné sous le nom de « coma diabétique », parce qu'on le rencontre presque exclusivement, mais non toujours, dans le cours du diabète. Ainsi Senator a observé le syndrôme en question : 1o dans deux cas de catarrhe chronique de la vessie, avec décomposition très prononcée de l'urine ; pendant longtemps l'haleine des malades répandit l'odeur de la triméthylamine, de sorte qu'on pouvait être porté à rattacher l'intoxication à la présence de ce principe dans le sang ; 2o dans deux cas de carcinome de l'estomac, caractérisés par une anémie plus marquée encore que celle qu'on a coutume de rencontrer en pareil cas ; 3o dans trois cas d'anémie pernicieuse.

Dans aucun de ces sept cas l'urine ne présentait la *réaction de l'acétone* ; les accidents comateux et dyspnéiques ont constamment éclaté dans la période préagonique.

M LITTEN est d'avis, comme M. Senator, que ces intoxications autochtones sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'admet communément ; dans les services hospitaliers, on a souvent l'occasion de voir les malades affectés d'un catarrhe de la vessie, avec dépôts diphthéritiques sur la muqueuse de cet organe, terminer leurs jours dans un état comateux qui offre une ressemblance parfaite avec le coma urémique. M. Litten se demande si, dans les deux cas de cette espèce mentionnés par M. Senator, il existait des caractères propres à établir une distinction entre le coma urémique et les accidents observés ?

Pour ce qui est du coma dans les cas de carcinome, M. Jaksch (1) en a rapporté un exemple récent ; l'urine, dans ce cas, présentait la réaction de l'acétone, contrairement à ce qu'a noté M. Senator chez ses malades.

M. Litten rappelle ensuite qu'il a observé les symptômes du coma diabétique chez une petite fille atteinte de la scarlatine et chez trois adultes affectés de maladies diverses. Chez aucun de ces malades, l'urine ne renfermait du sucre ; mais, traitée par la teinture de perchlorure de fer, elle donnait la coloration rouge cerise, caractéristique de l'acétone. Tous ces malades répandaient autour d'eux l'odeur pommacée qu'on perçoit dans les cas de coma diabétique ; tous présentaient ce trait commun d'être sous le coup de troubles digestifs graves, dont M. Litten est disposé à faire l'origine de cette intoxication autochtone, celle-ci étant provoquée sans doute par des alcaloïdes issus de fermentations anormales.

(A suivre.)

E. RICKLIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 octobre 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

RECHERCHE DU SANG SUR LES VÊTEMENTS QUI ONT ÉTÉ LAVÉS. Note de M. C. HUSSON.

Lorsque le linge taché de sang a subi un lavage sérieux, il est difficile, dans les expertises, de retrouver les différents éléments caractéristiques.

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, n° 27, p. 317.

la pression de l'eau qui fait amorce. D'autres considérations militent encore dans le même sens, mais leur exposition nous entraînerait trop loin.

Après ces considérations théoriques, indispensables pour vous donner une idée du mode d'action spécial et pour ainsi dire des mœurs particulières et curieuses des corps explosifs, passons à l'étude de chacun d'eux.

(A suivre.)

ENSEIGNEMENT LIBRE. — *Asile Sainte-Anne.* — M. Magnan reprendra dans l'amphithéâtre de l'admission ses leçons cliniques le dimanche 18 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure. Ses leçons porteront plus spécialement cette année sur les *différents délires chez les héréditaires.*

— *Hôpital des Enfants.* — Le docteur Jules Simon commencera ses leçons de thérapeutique infantile le mercredi 14 novembre, et les continuera tous les mercredis suivants à la même heure.

Le samedi, consultation clinique.

— M. le docteur Nicaise, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Laënnec, commencera ses conférences de clinique chirurgicale le mardi 13 novembre 1883, à dix heures, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Cours public de chirurgie dentaire pratique.* — Le docteur Aguilhon de Sarran commencera son cours le lundi 12 novembre prochain, à cinq heures du soir, et le continuera les vendredis e lundis suivants, à la même heure, 13, rue Suger.

— *Maladies des voies urinaires.* — M. Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie des voies urinaires le jeudi 15 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre de l'Ecole pratique (15, rue de l'École-de-Médecine), pour le continuer les jeudis suivants à la même heure.

L'anatomie pathologique sera montrée par des projections photomicrographiques.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique des maladies des femmes.* — M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra son cours de clinique des maladies des femmes, dans l'amphithéâtre Desault, le mardi 13 novembre 1883, à neuf heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Les jeudis, consultations avec examen au spéculum.

Quand le microscope et le spectroscope n'ont décelé ni hémoglobine ni hématine, il serait imprudent de compter sur la recherche de la fibrine. On s'expose, en effet, à bien des méprises. Mais alors, il peut y avoir de l'intérêt à mettre en évidence les soins que l'accusé a pris pour laver telle partie du vêtement plutôt que telle autre. L'eau ne suffit ordinairement pas pour enlever toute trace de sang; il faut encore savonner la tache et, lorsque l'opération ne se fait pas à grande eau, il est rare que le linge ou le vêtement ne retienne pas de traces de savon, qu'il est possible de mettre en évidence sans nuire à la recherche des cristaux de chlorhydrate d'hématine. — Suit le procédé opératoire, un peu complexe, qu'on trouvera dans le compte rendu de l'Académie.

Comparaison de l'excitabilité de la surface et des parties profondes du cerveau. — Note de M. Couty, présentée par M. Vulpian.

Les anciens expérimentateurs avaient constaté que les parties profondes du cerveau étaient sensibles à divers excitants, et seules les parties superficielles leur avaient paru inexcitables. Les observations commencées avec les courants électriques par MM. Fritsch et Hitzig, les observations faites avec les excitants mécaniques par M. Vulpian et par moi ont montré que cette dernière conclusion était incomplète, et, au moins sur certaines espèces, quelques-unes des régions corticales sont, elles aussi, plus ou moins sensibles.

On a voulu récemment dépasser ces dernières conclusions, et, d'après MM. Franck et Pitres, les couches superficielles du cerveau seraient les plus excitables, et l'électrisation des parties sous-corticales ne pourrait pas déterminer de convulsions.

Sans entrer dans la critique de ces conclusions et des observations dont elles sont déduites, je vais présenter des expériences nouvelles, relativement simples, qui montreront la nécessité de revenir aux idées défendues par MM. Flourens, Longet et Vulpian.

J'ai utilisé des singes cébus, et plus souvent des chiens normaux strychnisés ou chloralisés. Pour comparer la surface du cerveau aux parties sous-jacentes, j'ai mis à nu cet organe sur un petit espace; cela fait, j'appliquais les électrodes du chariot de du Bois-Reymond sur deux points supposés sensibles, faciles à reconnaître, éloignés de 4^{mm} à 8^{mm}; je notais exactement le courant minimum capable de produire une contraction dans des membres du côté opposé, comme aussi le courant un peu plus fort nécessaire pour déterminer des secousses synergiques, hémiplégiques ou généralisées. Puis, sans rien changer aux conditions de l'animal, après l'avoir laissé reposer, j'allais exciter directement les parties blanches sous-corticales, en enfonçant aux mêmes points, de 1^{mm} à 6^{mm}, suivant les cas, des électrodes bien isolées par une couche de gutta-percha; les parties blanches comprises entre les extrémités des fils de laiton recouverts de gutta-percha se trouvaient ainsi seules directement excitées.

Dans ces conditions nouvelles, je produisais des contractions ou des convulsions avec des excitations moindres qu'auparavant, et tandis que, par exemple, il fallait appliquer sur la surface du cerveau le courant 10 pendant six à huit secondes pour obtenir des secousses hémiplégiques ou généralisées, le courant 11 ou 12 devenait suffisant si l'on enfonçait les électrodes de 2^{mm}. L'excitabilité des parties sous-corticales était donc plus grande que celle des parties superficielles, et ce fait sert à prouver que, comme l'a très bien dit M. Vulpian, l'électrisation des circonvolutions agit par diffusion à travers la substance grise inexcitable sur les fibres blanches sous-jacentes.

On peut donner à l'expérience une forme plus probante. On applique sur le cerveau la pointe des électrodes isolées : on fait passer un courant; il produit des contractions dans les membres du côté opposé; alors on enfonce de 2^{mm} ou 3^{mm}, et les contractions isolées se transforment en convulsions hémiplégiques ou généralisées. Les effets de l'excitation augmentent parce qu'ils portent sur des parties plus sensibles.

Les observations faites sur des chiens chloralisés ou strychnisés ne diffèrent que par la forme de la réaction.

Sur les animaux anesthésiés et aussi sur les animaux épuisés par des lésions cérébrales étendues, on ne peut plus produire aucune espèce de convulsion; mais, si l'on compare les contractions plus simples restées possibles, on constate que, pour le même courant, elles sont plus multiples et plus amples dans les cas d'électrisation sous-corticale; comme aussi dans ces cas le courant minimum d'excitation sera un peu plus faible.

Sur des chiens strychnisés, l'examen est plus difficile, à cause des excitations mécaniques, et aussi à cause des secousses qui projettent quelquefois les électrodes dans les corps opto-striés ou dans d'autres parties éloignées; ce qui suffit à modifier toutes les conditions d'examen. Si l'on évite ces causes d'erreur, presque toutes les électrisations déterminent, si elles sont senties, un accès généralisé; mais, pour produire les convulsions, un courant moindre sera suffisant dans les cas d'excitation sous-corticale.

Toutes ces expériences sont donc absolument concordantes; elles établissent directement que l'électrisation de la substance blanche produit des effets absolument analogues à ceux de l'électrisation corticale; et elles prouvent que, conformément à l'opinion des anciens expérimentateurs, l'excitabilité de cette substance blanche va en augmentant à mesure que l'on descend de la surface du cerveau à ses parties profondes, ou mieux à mesure que l'on se rapproche de la protubérance et de la moelle, ces véritables centres de réception et de réflexion de toutes les excitations parties du cerveau, comme j'ai essayé de le montrer dans diverses communications précédentes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1883. — Présidence de M. Hardy.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance non officielle comprend : 1o une note de M. le docteur Mandon (de Limoges), sur l'emploi rationnel du chlorate de potasse dans les angines diphthéritiques; 2o divers documents sur la préservation des maladies infectieuses par le cuivre, adressés par M. Burq.

— M. le Président donne lecture d'une lettre de M. Rochard qui remercie l'Académie des témoignages d'intérêt et d'affection qu'elle lui a donnés à l'occasion de l'accident dont il a été victime.

Travaux présentés. — *Diathèse hémorrhagique*, par M. le docteur Liégey (de Choisy-le-Roi). — *Manuel de pathologie et de clinique infantiles*, offert en hommage par M. Descroizilles, médecin de l'hôpital des enfants.

— M. Hervieux fait une communication sur la *pathogénie des accouchements prématurés*. Il a fait le dépouillement des accouchements accomplis à la Maternité du 1er janvier 1861 au 31 décembre 1872. Il s'y est fait dans cet espace de temps 16,173 accouchements. Tel est le chiffre considérable sur lequel sont basées les recherches de M. Hervieux, relativement à la pathogénie des accouchements prématurés.

C'est généralement au troisième ou au quatrième mois de la grossesse que les accouchements prématurés s'observent le plus fréquemment. Mme Lachapelle indique six mois; mais l'erreur de Mme Lachapelle s'explique par ce fait qu'elle a fait porter ses recherches uniquement sur les femmes conduites à la Maternité; or, on sait que ces femmes n'entrent généralement à la Maternité que vers la fin de la grossesse, c'est-à-dire vers le sixième mois. M. Jacquemier admet que c'est vers le milieu de la grossesse que s'observent le plus fréquemment les accouchements prématurés. M. Guéniot, dans un travail sur la fréquence de ces accouchements prématurés, donne une statistique dans laquelle ces accouchements s'observent dans la moitié des cas. C'est là une proportion exceptionnellement considérable.

Sur les 16,173 accouchements accomplis à la Maternité de 1861 à 1882, il y en a eu 5,236 avant terme, soit environ 32 p. 100, tandis que la moyenne a été, pour les six premières années, de 33,96 p. 100, elle a été seulement de 27,50 p. 100 dans les six dernières années. Quelles sont les causes de ces différences?

On a invoqué la misère physiologique, la misère morale. Si ces causes, dont on ne saurait nier l'influence, étaient les seules qu'il fallût invoquer, on devrait avoir des chiffres d'autant plus élevés dans le nombre des accouchements prématurés, que l'on aurait affaire à des années moins prospères. L'action de ces causes aurait donc dû se faire sentir d'une façon toute particulière, pendant les années 1870 et 1871. Or le nombre des accouchements prématurés observés pendant ces deux années, correspondent au contraire aux années les plus prospères. On ne saurait donc attribuer à la misère physiologique ni à la misère morale l'augmentation du nombre des accouchements prématurés.

On a fait intervenir les vicissitudes atmosphériques pour expliquer les différences observées dans le nombre des accouchements prématurés. Mais comment pourrait-on expliquer par cette cause les différences observées entre les six premières années et les six dernières.

On a également invoqué les constitutions médicales; mais comment se fait-il que celles-ci exercent leur influence sur l'hôpital Cochin, par exemple, sans se faire sentir sur la Maternité et réciproquement? Il n'y a pas de constitutions médicales vraies, il y a des pseudo-constitutions médicales.

Il est tout un ordre de causes sur lequel veut particulièrement insister M. Hervieux; c'est le suivant :

Les vétérinaires ont remarqué que lorsqu'une vache avorte dans une étable, d'autres vaches avortent comme s'il y avait une sorte de contagion. M. Hervieux passe en revue les différentes explications qui ont été données de ces avortements épidémiques dans les étables, puis, rapprochant ces faits de ceux qu'il a constatés à la Maternité, il arrive à cette conclusion que c'est dans l'état sanitaire de la Maternité qu'il faut chercher les causes des différences observées dans le nombre des accouchements prématurés.

Comparant, en effet, la courbe indiquant la progression croissante pendant les six premières années, décroissante pendant les six dernières, des accouchements prématurés, avec la courbe de la mortalité, on voit que c'est dans les années où le fléau puerpéral a le plus sévi, que le nombre des accouchements prématurés a été le plus considérable. Toutefois, alors qu'à partir de 1864 la courbe de la mortalité indique une notable décroissance, la courbe des accouchements prématurés continue à s'élever jusqu'en 1867. Pourquoi cette différence? C'est parce que, dans la courbe de la mortalité on ne tient compte que de la mortalité des femmes, tandis que si l'on observe celle qui se passe pour les enfants, on voit que la mortalité infantile continue à être considérable de 1864 à 1867. On sait, en effet, que le fléau puerpéral tantôt agit à la fois sur la mère et le fœtus, tantôt seulement sur la mère, tantôt seulement sur le fœtus.

M. Hervieux accorde également une grande importance à l'influence du séjour à l'hôpital sur le chiffre des accouchements prématurés. Plus une femme enceinte séjourne dans un milieu infecté, plus elle a de chances d'accoucher avant terme; moins une femme enceinte séjourne dans un milieu infecté, moins elle a de chances d'accoucher avant terme.

Voici les conséquences théoriques que M. Hervieux tire de ce mémoire :

Il est une doctrine extrêmement séduisante que Cruveilher avait soutenue avec son talent habituel dans la discussion académique de 1858 sur la fièvre puerpérale, cette doctrine c'est celle du traumatisme puerpéral. Cruveilher avait le premier comparé la surface utérine après la délivrance à une plaie d'amputation. C'est sur cette comparaison que repose la théorie qui fait dépendre de ce traumatisme physiologique les accidents généraux et locaux auxquels sont exposées les femmes en couches.

On savait depuis longtemps qu'un certain nombre de femmes enceintes sont susceptibles de contracter une septicémie puerpérale qui, tantôt se borne à provoquer l'accouchement avant terme, et tantôt se développe avec tous ses caractères après l'expulsion prématurée du fœtus. Mais ces faits si connus, si indiscutables qu'ils fussent, étaient considérés comme des exceptions. Aujourd'hui, nous savons, grâce à la statistique que j'ai établie, que les prétendus faits isolés ou négatifs se chiffrent par milliers. Le traumatisme puerpéral n'est donc point la condition obligée, indispensable, du développement de la septicémie puerpérale. Ce peut être une condition favorable, prédisposante, occasionnelle, d'accord; mais nécessaire, *sine quâ non*, nullement.

Une autre conséquence théorique de notre travail, c'est qu'il démontre victorieusement que la plaie placentaire n'est pas la porte d'entrée du poison puerpéral, ou tout au moins ne serait pas la seule voie par laquelle il pénètre.

Chez la femme enceinte, la cavité utérine est close, et par conséquent, il n'y a pas de surface interne comparable à une plaie, pas de bouches vasculaires béantes et par suite aucun point accessible au principe septique. Une large voie existe pour expliquer l'absorption de ce principe, c'est la voie respiratoire. Or, si tel est le mode d'introduction du poison, l'empreinte placentaire se trouve dépossédée au moins en partie du privilège de faire pénétrer l'agent toxique dans l'économie.

Faut-il admettre pour la femme enceinte, comme MM. Frank de Munich et Roloff pour les femelles de l'espèce bovine en état de gestation, que des bactéries peuvent s'introduire dans l'utérus, s'y développer, s'y multiplier et amener la décomposition de l'œuf et de ses membranes? J'ai toujours défendu l'idée d'une cause matérielle pour les maladies puerpérales, et par conséquent je suis d'avance acquis à la théorie des germes. Mais cette théorie est-elle applicable, telle que l'a conçue et formulée M. Pasteur, à la septicémie des femmes enceintes? Je pense avec M. Bouley, qui est parmi nous le représentant de M. Pasteur, qu'il y a lieu de réserver la question de la théorie microbienne, en tant qu'elle s'appliquerait à la septicémie puerpérale, jusqu'à ce qu'elle soit tranchée soit par l'expérimentation, soit par des observations cliniques ultérieures.

En conséquence, je m'en tiendrai là de cet exposé et le terminerai par deux conclusions pratiques :

En temps d'épidémie, toute maternité doit être fermée aux femmes enceintes.

Hors le temps d'épidémie, les femmes enceintes ne doivent être admises dans une maternité qu'autant qu'elles sont aussi rapprochées que possible du terme de l'accouchement.

M. Bouchardat lit un travail intitulé : *Études sur la genèse des parasites des maladies contagieuses.*

Dans la séance du 4 septembre, M. Bouchardat a commencé l'exposition de ses études sur la genèse des parasites des maladies contagieuses par celui de la tuberculose; il se proposé dans ce travail de discuter l'étiologie du typhus fever. Avant de le faire, il émet quelques considérations générales sur ce sujet, et il résume sa dissertation dans les termes suivants :

De cette discussion et des observations médicales sur lesquelles elle repose, je me crois en droit de conclure :

1o Que le parasite du typhus fever n'existe point partout;

2o Qu'il prend naissance par la transformation d'organites normaux, suite de l'exténuation provenant de la continuité de la famine et de la continuité des affections typhogènes;

3o Que le parasite, en évoluant des corps des affamés ou des malades atteints d'affections typhogènes, est à son maximum de puissance; qu'il ne se propage pas à distance; qu'il est dangereux pour ceux qui s'approchent d'un malade atteint de typhus de genèse; que le danger s'accroît avec le nombre des malades encombrés;

4o Que le parasite se modifie dans sa nocuité, dans son mode

d'action sur l'économie humaine, par une suite de transmissions, puis qu'il s'éteint définitivement.

L'efficacité des prescriptions hygiéniques qui s'appuient sur les conclusions précédentes est confirmée par d'unanimes observations.

On doit éviter par-dessus tout d'encombrer les malades victimes de la famine ou atteints d'affections typhiques.

La dispersion des foyers est d'urgente nécessité. Les médecins, les sœurs, les infirmiers doivent prendre les plus grandes précautions contre le danger que fait courir aussi bien pendant le jour que pendant les heures de sommeil le parasite de genèse.

Un des devoirs les plus impérieux d'un gouvernement, c'est de prévenir la famine dans toutes les régions qu'il administre, s'il veut éviter la genèse du typhus. L'Angleterre, qui n'a reculé devant aucun sacrifice pour détruire l'esclavage, fera les mêmes efforts pour prévoir et prévenir les famines de l'Irlande qui contribuent par leurs fréquents retours à y rendre le typhus endémique.

Dès qu'un médecin d'armée verra dans un siége, dans une campagne, se multiplier les affections typhogènes, il devra annoncer l'évolution probable du typhus et si cela est possible le rapatriement des troupes épuisées.

Si l'hygiène du typhus a une marche assurée, quand elle s'appuie sur les notions que la clinique nous a fournies sur la genèse et la propagation du parasite, aucune indication utile ne ressort de l'hypothèse que ce parasite existe partout. Tout est caché, obscur avec cette hypothèse, tout s'explique facilement en admettant les conditions de sa genèse et de sa propagation d'après l'observation des malades, et de la connaissance de ces causes découle une hygiène irréprochable.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 novembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Trélat, revenant sur les réflexions qu'il a présentées à la dernière séance, insiste sur la distinction qu'il convient d'établir entre l'atrophie et la paralysie. Un muscle peut être atrophié et répondre à l'excitation électrique. On ne doit donc pas se baser sur la diminution de volume d'un muscle pour affirmer qu'il y a paralysie.

M. Delens cite à l'appui de la communication de M. Verneuil, deux cas de luxation de la hanche consécutive à des fièvres typhoïdes. Dans le premier cas, la réduction fut obtenue et la guérison fut complète. Le deuxième malade ne put être suivi après la réduction.

M. Lannelongue a observé un cas du même genre dont il présentera l'observation dans la prochaine séance. Il rappelle à ce sujet les recherches microscopiques qu'il a entreprises sur les muscles dans les arthropathies. La fibre musculaire est réduite à moitié, au tiers ou au quart de son volume; mais ce qui subsiste est intact. Entre elles on observe une prolifération conjonctive abondante, qui tend à étouffer la fibre. Le système nerveux est ordinairement intact.

On comprend dès lors pourquoi le muscle atrophié continue à répondre à l'excitation électrique et pourquoi aussi la lésion reste curable.

M. Verneuil reprend quelques points de sa communication; il déclare qu'il ne peut fournir à la pathogénie aucune base anatomique, n'ayant pu faire de constatation nécroscopique. Pensant d'une part qu'il faut une cause au déplacement et voyant d'autre part une paralysie, il a jugé bon de proposer l'explication précitée.

M. Trélat pense qu'on peut invoquer pour expliquer certains déplacements, la relaxation ligamenteuse qui doit se produire lorsque les muscles paralysés ne fournissent plus de soutien à la capsule.

M. Desprès trouve le mécanisme invoqué par M. Verneuil difficile à comprendre. La paralysie produirait la luxation; mais alors, pourquoi la luxation une fois réduite ne se reproduit-elle plus? La réduction guérirait donc la paralysie? De plus, les expériences cadavériques montrent que la luxation ne peut se produire sans déchirure de la capsule. M. Desprès est peu disposé à admettre des luxations avec intégrité capsulaire. Peut-être ces luxations ressemblent-elles à celles de la coxalgie: mais alors ce ne sont pas de véritables luxations.

M. Verneuil maintient l'exactitude du diagnostic de luxation: il ajoute que la réduction ne guérit pas la paralysie, mais qu'à sa faveur le membre est remis en bonne position.

— M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. Beauregard (du Havre) intitulé: *De la suture osseuse dans les fractures de la rotule*.

L'auteur a eu l'occasion de pratiquer cette opération chez un homme atteint de fracture de la rotule par cause directe, fracture accompagnée d'un grand écartement et de la déchirure du surtout ligamenteux.

M. Beauregard a réuni le fragment supérieur au ligament rotulien à cause du petit volume du fragment inférieur. L'opération a duré 45 minutes. Cinquante jours après l'opération, le malade pouvait détacher le talon du lit. Au bout de quatre mois, il ne boitait plus, mais n'avait que 70° de flexion. Le cal ne présentait guère que 1 centimètre d'écartement.

M. Chauvel, voulant apprécier la valeur de l'opération proposée, a réuni tous les cas publiés jusqu'à ce jour. Il est arrivé au chiffre de 43, dont 4 antérieurs à 1877. Ces observations, publiées en Angleterre et surtout en Allemagne, comprennent 38 fractures sous-cutanées et 3 compliquées de plaie.

L'intervention a donné lieu dans la plupart de ces faits à de grandes difficultés opératoires. Les suites ont été dangereuses 26 fois.

Au point de vue fonctionnel il y a eu 28 bons résultats seulement, plusieurs ont été suivis d'ankylose complète.

La proportion des succès a été, en somme, de 65 0/0; celle des insuccès, de 34 0/0; de plus, il y a eu 5 0/0 de mortalité.

M. Chauvel conclut en disant que, si on peut admettre cette opération pour les cas anciens on doit la rejeter dans les cas récents, sauf dans ceux où la coaptation est impossible.

M. Lucas-Championnière regrette qu'on mette ensemble tous les cas. Les chirurgiens n'emploient pas tous de la même façon la méthode antiseptique: parmi ceux qui l'emploient dans toute sa rigueur, certains n'ont jamais eu d'accident. M. Lister vient de communiquer 7 nouveaux cas à la séance de rentrée des Sociétés savantes à Londres. M. Lucas-Championnière insiste sur les diverses précautions employées par le chirurgien anglais; il dit entre autres que Lister ne comprend jamais le cartilage dans son point de suture. Lui-même a eu l'occasion de pratiquer récemment cette section. Il ne s'est produit aucune réaction, mais l'opération a été très laborieuse (la fracture datait de 4 mois). Il se demande si cette suture ne devrait pas constituer la méthode de choix pour le traitement des fractures de la rotule.

M. Pozzi cite un cas personnel de suture dans une fracture récente. La consolidation s'est faite d'une façon très régulière et sans fièvre, mais la flexion était limitée à 5 ou 6°. Malheureusement le malade était aliéné et la rupture se reproduisit.

M. Richelot pense que, pour justifier une semblable intervention, il faudrait démontrer que la gêne fonctionnelle est en raison directe de l'écartement. Or rien n'est moins démontré et l'auteur, en s'appuyant sur deux faits probants observés par lui à l'Hôtel-Dieu, fait voir que l'agent principal de la gêne réside dans l'atrophie du triceps, sauf dans les cas où il y a déchirure de la capsule articulaire. Les faits cités par Poinsot sont intéressants, mais on ne sait rien du résultat thérapeutique.

M. Gillette rejette l'intervention immédiate, d'une façon absolue,

il ne l'admet que s'il y a plaie ou bien si ultérieurement il y a une gêne considérable.

M. Verneuil proteste d'une façon énergique contre une semblable opération. Il est toujours dangereux de faire passer dans la pratique des opérations difficiles et qui ne devraient réussir que dans des mains exercées. Le savant chirurgien de la Pitié met en parallèle la gravité de l'opération et la simplicité du traitement ordinaire par pressions parallèles, qui donne de si bons résultats. Il cite en terminant deux cas de fractures avec plaie qui ont guéri sans suture.

M. Forget approuve les conclusions M. Verneuil.

La séance est levée à cinq heures quarante-cinq minutes.

Picqué.

FORMULAIRE

Traitement du goître exophthalmique par la duboisine.
(Hunt.)

Rec. Sulfate de duboisine.. 0,0005 (1/2 milligramme).
Eau.................. 2 grammes.

M. s. a. A prendre deux, au plus trois fois par jour.

Le docteur Hunt cite un cas où ce traitement, continué pendant cinq mois, avait procuré une atténuation très marquée des accidents qui caractérisent le goître exophthalmique. L'usage du médicament occasionnait à la malade une sorte d'ébriété et de somnolence, mais fut bien toléré néanmoins.

Nous rappellerons que M. G. Sée préconise le traitement du goître exophthalmique par la teinture de vératrum viride (10 à 20 gouttes par jour, en trois ou quatre fois) et l'hydrothérapie.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Du typhus observé a Athènes en 1868, par le docteur C. Pretenderis-Typaldos. — Athènes, in-8, 1883.

A la fin de 1867, plus de 50,000 Crétois durent se réfugier en Grèce où les poussaient la guerre, l'état de siège, la misère et la famine. Près de 12,000 d'entre eux demeurèrent à Athènes.

Leur constitution était depuis longtemps délabrée par les fatigues et les privations de toute nature, et malheureusement la plupart furent obligés de se loger dans des maisons étroites, mal aérées, malsaines, qu'ils encombrèrent bientôt; le typhus ne tarda pas à sévir parmi eux. C'est la relation de cette épidémie, relation écrite en 1871, que vient de publier un distingué confrère d'Athènes, bien connu du monde médical par son savoir et son aménité, M. le docteur Pretenderis-Typaldos, professeur de clinique médicale à l'Université.

L'auteur étudie successivement la pathologie du typhus, l'incubation, la symptomatologie, depuis l'aspect extérieur du malade jusqu'aux divers phénomènes, nerveux, circulatoires, respiratoires, digestifs, etc. Il donne ensuite un résumé des diverses périodes de l'affection et termine par la convalescence et les complications. Nous notons, en parcourant cette étude, que la fièvre typhoïde est fort rare en Grèce; que, là comme ailleurs, le typhus frappe de préférence les localités en proie déjà au scorbut, à la dysentérie, aux fièvres intermittentes, enfin à toutes les épidémies et endémies.

La marche et les formes de l'épidémie d'Athènes ont été fort variables : marche rapide et continue, apparence bénigne d'abord, suivie de symptômes graves éclatant soudainement; marche insidieuse sous l'allure d'une fièvre rémittente et parfois intermittente; marche à phénomènes lentement progressifs; point de cas foudroyants, la mort étant bien rarement survenue avant le sixième jour; telles furent les phases parcourues par les typhiques. D'autre part, l'épidémie d'Athènes n'a pas été meurtrière, et il est consolant de penser que les bonnes conditions hygiéniques et la diminution de l'encombrement ont contribué à diminuer la mortalité.

M. le docteur Typaldos établit très clairement l'étiologie du typhus d'Athènes de 1868. Etat sanitaire de la ville satisfaisant à cette époque, à part les fièvres paludéennes qui règnent à l'état endémique. Le typhus a déjà visité Candie. Arrivée des réfugiés crétois, succombant sous les fatigues physiques et les peines morales; leur encombrement dans des locaux insuffisants; les premiers cas de typhus éclatent dans les maisons les plus encombrées. La maladie devient épidémique; elle a suivi la double voie de la transmissibilité, l'infection et la contagion. Le typhus ne fait pas d'apparition dans les autres localités où sont envoyés les Crétois, lorsqu'ils ont pu être logés sans encombrement, et l'auteur conclut que ces infortunés apportaient avec eux le germe de la maladie, mais que ce germe n'a pu se développer que lorsque l'air vicié est devenu un terrain propice pour son éclosion. L'épidémie d'Athènes a perdu de sa gravité dès l'évacuation des locaux encombrés et la dispersion des réfugiés, et les mêmes faits ont été observés à l'hôpital. Les sujets couchés près des malades typhiques ont été plus rapidement atteints que ceux placés plus loin; les individus d'une même famille ont payé un large tribut à la contagion. Il a trouvé, comme mortalité générale, en ville et à l'hôpital, un décès sur huit malades. Les nécropsies n'ont produit aucun renseignement nouveau.

Malgré tous ses soins et sa grande expérience, l'auteur n'est pas satisfait de tous les traitements préconisés et essayés; la thérapeutique du typhus n'a pas fait un seul pas progressif. L'hygiène seule peut empêcher la propagation de la maladie. Tous les médicaments employés n'ont donné aucun résultat satisfaisant, quant à l'élimination du poison.

M. le docteur Typaldos n'a pas moins écrit une monographie fort intéressante, appuyée sur de très bonnes observations. Il faudra la consulter, surtout pour ce qui concerne le diagnostic et l'étude des formes multiples de la maladie.

Dr A. Dureau.

VARIÉTÉS

CORRESPONDANCE.

La lettre suivante a été adressée par la Société médicale des Bureaux de bienfaisance aux différentes Sociétés médicales des arrondissements de Paris :

Monsieur le Président,

Dans sa séance du 10 octobre, la Société médicale des Bureaux de bienfaisance a pris la résolution suivante :

« La Société médicale des Bureaux de bienfaisance, considérant les inconvénients qui résultent du mode de nomination actuel des médecins des Bureaux et les inconvénients non moins considérables qui pourraient résulter de la mise à exécution du projet formulé par la commission du ministère de l'intérieur, trouvant d'au-

tre part une amélioration sérieuse dans le projet du Conseil supérieur de l'Assistance publique, émet le vœu que ce dernier projet soit adopté.

« La Société médicale des Bureaux de bienfaisance émet en outre le vœu que le jury du concours soit composé de trois membres, dont un médecin ou chirurgien des hôpitaux et deux médecins des Bureaux de bienfaisance, conformément à l'opinion de la commission du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. »

Voici, relativement au mode de nomination des médecins, les articles correspondants des deux projets :

PROJET DE LA COMMISSION DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR	PROJET DU CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.
ART. 19.	ART. 19.
Les médecins du service des secours à domicile sont nommés à l'élection. Tous les ans, au mois de janvier, dans chaque arrondissement, les docteurs en médecine domiciliés dans cet arrondissement sont convoqués par le maire pour élire un délégué. Les délégués des vingt arrondissements constituent le corps électoral chargé d'examiner les titres des candidats et de dresser la liste des élus	*Les médecins des Bureaux de bienfaisance comprennent des médecins titulaires et des médecins suppléants.* *Ils sont nommés au concours.* *Les médecins titulaires sont pris parmi les médecins suppléants.*
ART. 20.	ART. 20.
Les médecins des Bureaux de bienfaisance sont institués par le ministre de l'intérieur pour trois années qui commencent à courir du 1er janvier qui suit leur institution. Ils peuvent être réinstitués tant qu'ils n'ont pas accompli leur soixantième année. La liste des médecins proposés pour une nouvelle institution est adressée au ministre au plus tard le 1er décembre.	*Les médecins des Bureaux de bienfaisance sont institués par le ministre de l'intérieur pour quatre années qui commencent à courir du 1er janvier qui suit leur institution.* *Les médecins actuellement en exercice sont réinstitués par le ministre de l'intérieur, ainsi qu'il va être dit, sans qu'ils aient à se soumettre au concours. Ils sont répartis par le tirage au sort en quatre séries* *La première série est réinstituée pour un an; la deuxième série pour deux ans; la troisième série pour trois ans; la quatrième série pour quatre ans.* *A l'expiration du temps pour lequel ils ont été réinstitués, les médecins des Bureaux de bienfaisance peuvent être réinstitués par le ministre pour une nouvelle période de quatre ans, qu'ils tiennent leur titre de l'élection ou du concours.* *Aucun médecin ne peut rester en activité après sa soixante-cinquième année.*

La Société médicale des Bureaux de bienfaisance, désirant puiser dans l'approbation des Sociétés médicales d'arrondissement l'appui nécessaire pour soutenir le vœu qu'elle a formulé, vous prie, monsieur le Président, de vouloir bien soumettre sa décision à la discussion et au vote de la Société que vous présidez, et, vu l'urgence, d'envoyer le résultat du vote avant le mardi 13 novembre à M. le docteur Passant, secrétaire général de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance, rue de Grenelle, 39.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

CHRONIQUE

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Seux, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'instruction publique, décédé à l'âge de soixante-huit ans. M. Seux ne manquait jamais à l'assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France, et son air de jeunesse, qui frappait tout le monde, faisait espérer qu'on aurait à le revoir pendant encore de longues années.

***

Les nouvelles Ecoles de médecine militaires et la commission du budget. — Nous lisons dans le journal le Temps que la commission du budget vient de rayer du budget de la guerre les crédits nécessaires pour assurer le fonctionnement des écoles de médecine militaires nouvellement créées à Nancy et à Bordeaux. Les motifs invoqués à l'appui de cette mesure seraient « que le recrutement actuel du service de santé donne des résultats suffisamment satisfaisants, et qu'il n'y a pas lieu de le modifier ». A l'encontre de cette manière de voir, le Temps cite les chiffres suivants :

« En 1878, il se présentait 243 élèves au concours d'admission, d'après le système actuel : sur ces 243 élèves, on en admettait 109, et ces 109 élèves fournissaient, après leur stage, 62 aides-majors.

« En 1879, il ne s'en présentait plus que 121, sur lesquels on était obligé d'en recevoir 84 qui, après le stage, donnaient 60 aides-majors. La proportion a été décroissante d'année en année depuis 1879.

« En 1880, sur 120 élèves présentés, on a trouvé 59 aides-majors.

« En 1881, sur 115, 50 aides-majors.

« En 1882, sur 113, 56 aides-majors.

« En 1883, sur 108, 48 aides-majors.

« Le nombre des aides-majors entrant chaque année dans le cadre des médecins militaires devrait être annuellement d'environ 70.

« En 1884, on n'en trouvera que 37. De plus, le choix devient impossible. En 1878, il se présentait 243 élèves ; on en recevait 109 et l'on en refusait 134. — En 1883, il s'en présentait 108 ; on était obligé, pour essayer de remplir les cadres, d'en admettre 88 ; mais ces élèves étaient si faibles qu'ils ne purent subir leurs examens, et qu'à leur sortie du Val-de-Grâce ils n'étaient plus que 48. Voilà ce que vaut le recrutement actuel. »

Ces chiffres se passent de commentaires et sont propres à éclairer les membres de la commission du budget ; malheureusement il semble que leur siège est fait, car, après avoir entendu le sous-secrétaire d'Etat au ministère de la guerre les invitant à revenir sur leur résolution d'ajourner les crédits demandés, ils ont maintenu leur décision première. Nous aurons sans doute occasion de revenir sur ce sujet.

***

Académie des sciences. — Lundi dernier, la section de médecine et de chirurgie a lu son rapport en comité secret sur les candidats à la place vacante dans cette section. La liste de présentation définitivement adoptée porte : en première ligne, M. Charcot ; en deuxième ligne, M. Sappey ; en troisième ligne, M. Hayem. — L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

Assistance publique. — Par décret du 16 octobre dernier, MM. les docteurs Robinet et Georges Martin, conseillers municipaux, sont nommés membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique, en remplacement de MM. Thulié et Sigismond Lacroix, démissionnaires.

Souscription pour élever un monument a Bouillaud. — On sait que, sur l'initiative d'un comité médical d'Angoulême qui a pour président M. Bessette et pour secrétaire M. Nadaud, une souscription a été organisée pour élever un monument, dans cette ville, à la mémoire de Bouillaud. Les corps savants dont Bouillaud faisait partie, entre autres l'Académie de médecine, ont été les premiers à s'inscrire. Dans la Charente, ce ne sont pas seulement les médecins qui ont répondu à l'appel du comité; tous les Charentais, à quelque profession qu'ils appartiennent, ont tenu à honneur de participer au monument de leur illustre compatriote. Le produit de la souscription a déjà dépassé 10,000 francs.

La statue de Bouillaud a été confiée à un jeune artiste de talent, M. Verlet, second prix de Rome de cette année. On désire que l'inauguration en soit faite au mois de mai 1885 : la coïncidence, à cette même date, d'un comice agricole, permettrait de donner à la fête plus d'éclat.

Bouillaud restera l'une des gloires médicales de ce siècle. Ses anciens élèves et tous les admirateurs de ses travaux suivront l'exemple qui leur est donné par les habitants de la Charente. Les souscriptions, à Paris, sont reçues et centralisées au secrétariat de l'Académie de médecine.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Cornil commencera son cours le mercredi 14 novembre, à cinq heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les lundis et mercredis suivants. Le vendredi, à 1 h. 1/2, leçon de démonstration à l'École pratique, 42, rue Lhomond. Sujet du cours : Lésions anatomiques de la peau, du système circulatoire et respiratoire.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 26 au jeudi 1er novembre 1883.

Fièvre typhoïde 30. — Variole 5. — Rougeole 7. — Scarlatine 0. — Coqueluche 10. — Dipthérie, croup 27. — Dysentérie 1. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 53. — Phthisie pulmonaire 202. — Autres tuberculoses 6. — Autres affections générales 65 — Malformation et débilité des âges extrêmes 46. — Bronchite aiguë 30. — Pneumonie 50. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 45, — au sein et mixte 22. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 89. — de l'appareil circulatoire 56. — de l'appareil respiratoire 57. — de l'appareil digestif 49 — de l'appareil génito-urinaire 30. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 28. — Causes non classées 3. — Total de la semaine : 932 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 15 novembre 1883.

Intérêts professionnels : LES SYNDICATS MÉDICAUX. — L'ASSOCIATION GÉNÉRALE. — LA CAISSE DES PENSIONS DE DROIT. — LES ASSURANCES MUTUELLES ENTRE MÉDECINS (1).

III

L'Association générale. — Nous n'avons pas ici à faire connaître l'Association générale des médecins de France, mais, à propos des questions soulevées par l'institution des syndicats médicaux, il nous paraît opportun de rappeler le principe sur lequel elle repose, le but qu'elle poursuit, les moyens qu'elle peut mettre en action.

Le principe de l'Association générale est celui de la solidarité confraternelle. Elle dit à tous les médecins : unissons-nous, formons une grande famille, constituons un fonds commun dans lequel, au jour des épreuves, chacun de nous pourra sans rougir venir puiser. Elle fait appel, pour enrichir ce fonds commun, à la générosité des heureux de la profession, appel qui est le plus souvent entendu. Elle recherche avec non moins de zèle les suffrages des praticiens plus modestes et, moyennant une cotisation des plus minimes, leur assure, en cas de malheur, des avantages qu'aucune compagnie, dans les mêmes conditions, ne pourrait leur offrir.

Le but de l'association est donc tout d'abord de soustraire ses membres aux chances d'infortune auxquelles personne, dans les temps où nous vivons, n'est certain d'échapper. Mais les intérêts moraux d'une profession sont intimement liés à ses intérêts matériels ; en protégeant les uns, on sauvegarde les autres. A ce point de vue, l'Association exerce une action véritablement moralisatrice. L'esprit de solidarité qu'elle met en pratique élève le sentiment de dignité professionnelle ; enfin par la notoriété et le crédit de ceux de ses membres auxquels elle confie la direction de son œuvre, elle assure au corps médical une grande considération et une légitime influence.

C'est par le nombre, l'union et l'honorabilité de ses membres que l'Association générale a atteint rapidement le degré de prospérité auquel nous la voyons aujourd'hui. Elle n'est nullement, comme les syndicats médicaux, organisée pour la lutte. Elle est simplement une fédération de sociétés de secours mutuels. La législation à laquelle elle est soumise est assez étroite, d'autant plus étroite, en ce qui la concerne, qu'elle a été l'objet d'une faveur spéciale et tout exceptionnelle en pouvant constituer un lien fédéral entre toutes les sociétés locales des départements. Dans une circonstance récente, on lui a rappelé le privilège dont elle jouit et qu'on pourrait lui retirer si, par la manière dont elle en use, elle venait à éveiller les susceptibilités du pouvoir.

(1) V. les nos 43 et 45.

FEUILLETON

NOTIONS SUR LES SUBSTANCES EXPLOSIVES D'INVENTION MODERNE ET SUR LES BLESSURES QU'ELLES PRODUISENT. (Extraits d'une conférence faite à la Société française de secours aux blessés le 23 mai 1883 par le docteur S. Pozzi, membre du Conseil.)

Suite. — Voir le numéro 45.

II.

Il n'y a, à proprement parler, qu'un corps comburant : l'oxygène. Mais, comme on ne peut s'en servir que par l'intermédiaire d'un corps dans la composition duquel il entre en proportion considérable, vous voyez *à priori* qu'une première division sera créée par la nature du corps riche en oxygène choisi comme comburant.

Enfin une nouvelle source de variétés sera due à la nature différente des combustibles.

On peut, avec M. Turpin, diviser en six sections tous les explosifs. Ils sont énumérés dans le tableau ci-dessous :

CLASSIFICATION DES PRINCIPAUX EXPLOSIFS CONNUS

PREMIÈRE SECTION.

EXPLOSIFS A BASE D'UN AZOTATE QUELCONQUE.

Poudre ordinaire.

DEUXIÈME SECTION.

EXPLOSIFS A BASE D'UN CHLORATE QUELCONQUE.

Poudres au chlorate de potasse.

(*Explosions d'Essonnes, 1788-1819.*)

TROISIÈME SECTION.

COMPOSÉS AMMONIACAUX OU AMMONIORES ET AZOTURES.

Iodure et chlorure d'azote.

QUATRIÈME SECTION.

EXPLOSIFS A BASE D'UN PICRATE QUELCONQUE.

Poudres au picrate de potasse.

(*Explosion de la place de la Sorbonne, 1869.*)

On voit, par ce qui précède, que les moyens d'action dont dispose l'Association générale sont limités. Les médecins qui attendaient trop d'elle se sont fait illusion et les reproches qu'ils lui ont adressés ensuite sont injustes. On peut dire hardiment qu'elle a tenu ce que sa constitution lui permettait de promettre. Il ne faut pas lui demander davantage. Qu'elle continue donc, comme par le passé, son œuvre de prévoyance et d'assistance ; le bien qu'elle fait s'accroît tous les jours avec le nombre de ses adhérents, la généreuse émulation de certains de ses membres, les dons et les legs de certains autres, la sage administration du fonds social ; il serait dangereux de vouloir la faire sortir d'une voie qui a déjà été si féconde.

Ces quelques considérations vont nous conduire à une conclusion qu'il est facile de prévoir. On a pensé que l'Association générale devait intervenir dans l'organisation des syndicats médicaux et leur donner, sinon un concours matériel, tout au moins un appui moral : c'est une erreur.

D'abord, tant que la loi sur les syndicats professionnels n'est pas promulguée, il y aurait danger, de la part de l'Association, à sortir de sa neutralité ; le fait récent auquel nous avons fait allusion le démontre surabondamment.

En second lieu, il ne faut pas perdre de vue que, si les syndicats médicaux et l'Association générale ont un principe commun, *l'association*, ils diffèrent complètement par le but et les moyens d'action.

L'Association générale, avons-nous dit, est une société de secours mutuels ; les syndicats sont des associations de défense professionnelle. La première, envisageant l'intérêt du corps médical dans sa généralité, étend son action au pays tout entier ; les seconds, représentant avant tout des intérêts locaux, variables d'une contrée à l'autre, limitent leur action à une région plus ou moins circonscrite, celle d'un arrondissement, par exemple, ou même d'un canton. L'Association générale se développe pacifiquement par la propagande des idées qu'elle met en œuvre et par une bonne gestion de la fortune sociale ; les syndicats médicaux, institués pour la lutte, emploient des armes de combat (livre noir, grève, etc.).

On voit combien l'esprit des deux institutions est différent ; aussi doivent-elles marcher parallèlement, pleines de sympathie l'une pour l'autre, mais sans chercher à contracter entre elles des liens qui pourraient entraver l'essor ou même compromettre l'existence de l'une ou de l'autre. Ajoutons que, émanées d'un même principe, elles ne sauraient se nuire ni s'exclure ; on s'associe pour défendre en commun ses intérêts ; on s'associe pour s'entr'aider dans le malheur ; tout membre d'un syndicat médical est ou doit être en même temps membre de l'association locale de sa circonscription.

Les syndicats médicaux, bien que représentant et défendant des intérêts purement locaux, ont de grands avantages à entrer en relations les uns avec les autres, ne serait-ce que pour profiter réciproquement de leur propre expérience. Il est ainsi possible d'entrevoir, si toutefois la législation à l'étude le permet, l'organisation d'un syndicat général qui constituerait une fédération des syndicats locaux, comme l'Association générale est une fédération des sociétés locales. On se demande dès lors quels seront ou devront être les rapports entre ce syndicat général et l'Association générale. Les développements qui précèdent ont répondu d'avance à cette question : les deux fédérations devront former deux puissances, non rivales, mais voisines, amies et indépendantes l'une de l'autre. Il devra, en un mot, exister entre elles les mêmes rapports que ceux que nous avons établis entre les syndicats médicaux et les sociétés locales d'une même région.

Quand on crée une institution nouvelle, on ne triomphe des premiers obstacles que par la force que l'on puise dans l'ardeur de ses convictions. Mais l'enthousiasme dont on est animé rend ombrageux, exclusif, parfois injuste à l'égard des institutions voisines avec lesquelles on a des rapports forcés. Puis vient le temps qui calme les esprits et permet une plus saine appréciation des choses. Nous ne doutons pas que les quelques nuages qui se sont élevés sur certains points, entre les syndicats médicaux et l'Association générale, ne se dissipent dans un avenir très prochain.

(A suivre.)

D[r] F. DE RANSE.

PHYSIOLOGIE.

ECTOPIE CONGÉNITALE DU CŒUR, par M. MAREY, professeur au Collège de France.

Suite et fin. — Voir les numéros 42 et 44.

EFFETS DE LA COMPRESSION DE L'AORTE SUR LES CARACTÈRES DE LA PULSATION DU CŒUR. — Chez notre malade, l'éraillure de

CINQUIÈME SECTION.

FULMINATES.

Fulminate de mercure.

(*Attentat de l'Opéra, 1858.*)
(*Explosion de la rue Béranger, 1878.*)

SIXIÈME SECTION.

COMPOSÉS ORGANIQUES TRAITÉS PAR L'ACIDE AZOTIQUE OU AZOTO-SULFURIQUE.

Fulmicoton (ou pyroxylé), nitroglycérine.
Dynamite, dynamite-gomme, nitromannite, etc., etc.
Poudre au bois pyroxylé, etc.

(*Catastrophe de Paulilles*, etc.)

SEPTIÈME SECTION.

EXPLOSIFS A BASE DE PEROXYDE D'AZOTE.

Panclastistes { au sulfure de carbone. / aux hydrocarbures. / aux corps gras. / aux composés nitrés. }

PREMIÈRE SECTION.

EXPLOSIFS A BASE D'UN AZOTATE (OU NITRATE) QUELCONQUE.

Comburant : acide azotique fixé à une base. — Combustible : charbon, soufre, etc.

Le type de ces explosifs est la poudre ordinaire, qui paraît avoir été connue dans l'Extrême-Orient bien avant que Schwartz l'inventât en 1334.

Elle ne fait donc pas partie du sujet de notre conférence.

DEUXIÈME SECTION.

EXPLOSIFS A BASE D'UN CHLORATE QUELCONQUE.

Comburant : acide chlorique fixé à une base. — Combustible sucre, soufre, charbon, prussiate de potasse, phosphore amorphe, etc.

Le chlorate de potasse a donné lieu à de nombreuses tentatives pour fabriquer une poudre capable de remplacer la poudre ordinaire à base de salpêtre. L'une de ces tentatives est restée célèbre : elle a failli coûter la vie à un savant illustre. A la fin du siècle dernier, la France, en guerre avec l'Europe, manquait de

la ligne blanche permet d'engager assez profondément la main pour comprimer l'aorte ; nous avons profité de cette disposition pour rechercher si les effets de la compression aortique étaient les mêmes que ceux qu'on observe sur les animaux, au point de vue de la fréquence, de la force et de la forme des pulsations du cœur.

Comme contrôle de l'efficacité de la compression de l'aorte, on inscrivait le pouls de la fémorale en même temps que la pulsation du ventricule gauche.

(M. Marey montre deux tracés pris, l'un sur la fémorale, l'autre sur le cœur : certains points de la première de ces courbes indiquent qu'il y a eu compression ou décompression de l'aorte.)

Au point où la compression de l'aorte commence, les pulsations de la fémorale disparaissent, les pulsations cardiaques se ralentissent légèrement et leur forme se modifie : le sommet devient un peu bifurqué, ce qui tient au surcroît de résistance que les ventricules éprouvent à la fin de leur systole. Dès que la compression cesse, les battements de la fémorale reparaissent, le cœur accélère beaucoup ses mouvements et ses pulsations deviennent beaucoup plus faibles, ce qui tient à la facilité avec laquelle les ventricules se vident dans les artères désemplies. Enfin, les minima s'abaissent, annonçant une évacuation plus complète du ventricule gauche à la fin de ses systoles.

Ces phénomènes sont identiques à ceux qu'on provoque sur les animaux dont on comprime et décomprime l'aorte.

Du côté de la petite circulation, des effets semblables se produisent suivant que le cours du sang est plus ou moins facile dans l'artère pulmonaire. Un simple arrêt de la respiration change la forme des pulsations du ventricule droit, en rendant le poumon moins perméable au sang. Cet effet est encore augmenté pendant l'effort.

Pendant la durée de l'effort, le sommet des pulsations est ascendant, ce qui correspond à la résistance croissante que le ventricule droit éprouve à se vider dans des vaisseaux peu perméables ; les minima de la pulsation s'élèvent, indiquant une évacuation moins complète des ventricules. Mais, aussitôt que l'effort a cessé et que la respiration recommence, les pulsations reprennent leurs caractères primitifs.

Enfin, la malade de M. Tarnier présente un phénomène qui s'observe toutes les fois que le cœur n'est plus hermétiquement enfermé avec le poumon dans la cage thoracique : nous voulons parler du *pouls trachéal positif*.

Quand un sujet normalement conformé tient entre ses lèvres le tube qui se rend à un tambour à levier, on voit que la ligne tracée présente des inflexions synchrones aux battements du cœur. C'est le pouls trachéal ; il est formé par des mouvements de l'air qui sort du poumon et y rentre tour à tour sous l'influence des mouvements du cœur. Or ces pulsations trachéales sont négatives, c'est-à-dire que la courbe s'abaisse au moment de la systole des ventricules : il y a donc alors rentrée d'air dans le thorax.

L'explication de ce phénomène est la suivante : quand les ventricules se vident, il se produit deux effets contraires du côté du thorax : d'une part, ils occupent moins de place dans cette cavité et y créent un vide qui provoque une rentrée d'air par la trachée ; d'autre part, le sang que le ventricule droit envoie dans l'artère pulmonaire distend les branches de ce vaisseau, et cette pénétration de sang déplace une certaine quantité d'air qui tend à sortir du poumon. Ces deux effets de sens inverse ne se compensent point exactement, et, en définitive, l'aspiration prédomine, de sorte que le poids trachéal est négatif.

Mais, quand une solution de continuité des parois thoraciques ne force plus le poumon à subir les effets des changements de volume du cœur, la seule action qui subsiste est celle qui tient de la pénétration du sang dans les branches de l'artère pulmonaire, c'est-à-dire une expulsion d'air à chaque systole des ventricules.

Chez les animaux dont on ouvre le péricarde, on voit se produire soudainement ce changement de sens du pouls trachéal qui, de négatif qu'il était normalement, devient positif après l'ouverture de la cavité thoracique.

En résumé, la femme que votre commission a examinée présente, au point de vue anatomique, une bifidité congénitale du sternum et du diaphragme, avec éventration et hernie congénitale. La perte de substance du sternum permet de voir sous la peau les ventricules dont le grand axe est presque vertical ; ces ventricules sont peu volumineux ; c'est le droit qui est accessible à la vue. La flaccidité de la peau permet de saisir dans les mains la masse ventriculaire, et, à travers l'éventration, de comprimer l'aorte.

---

ce sel précieux. Berthollet proposa de lui substituer le chlorate de potasse qu'il venait de découvrir, et la poudrerie d'Essonnes commença sous sa direction à le préparer en grand. La trituration de la nouvelle poudre se faisait dans de gros mortiers et avec de l'eau afin d'éviter l'échauffement par le frottement. Le directeur de l'établissement, visitant les ateliers, voulut un jour démontrer à l'illustre chimiste que tant de précautions n'étaient pas utiles et que les dangers d'inflammation étaient moindres qu'il ne le prétendait. Pour le prouver, il frappa du bout de sa canne un petit amas de poudre desséchée au bord d'un mortier. Aussitôt une explosion formidable se produisit, la fabrique sauta, six personnes furent tuées, parmi lesquelles l'imprudent directeur et sa fille. Berthollet échappa par miracle.

Depuis lors on a refait en 1819 et en 1870 de nouveaux essais qui ont amené de nouveaux accidents. Les effets obtenus avec le chlorate sont trop violents, trop prompts, peuvent être trop difficilement réglés et modérés, pour que l'on puisse les faire servir utilement à l'usage des armes à feu.

Par suite de leur sensibilité extrême au choc, les poudres qu'il donne, dangereuses à manipuler, sont restées sans autre application que la confection des étoupilles à friction et des amorces pour pistolets d'enfant.

Dans ces deux cas, le chlorate de potasse est mélangé au phosphore amorphe.

TROISIÈME SECTION.

COMPOSÉS AMMONIACAUX OU AMMONIURES ET AZOTURES.

Les explosifs de cette section peuvent être considérés, au point de vue chimique, comme des fulminates dont le carbone du cyanogène est remplacé par l'hydrogène ou l'azote de l'ammoniaque.

Ils ont été découverts aussi par Berthollet, la même année que le chlorate de potasse, en 1788.

Les oxydes ou azotates d'or, de platine, de cuivre, de mercure, traités par l'ammoniaque, donnent ces composés détonants. L'iodure et le chlorure d'azote peuvent être rangés dans cette section.

Tous ces composés sont d'une instabilité extraordinaire et éclatent par l'effet d'un courant d'air, d'une vibration. J'ai déjà cité l'expérience curieuse qui a été si souvent invoquée à l'appui d'une des théories de l'explosion dite *théorie des vibrations synchrones*, et qui est la suivante : on place de l'iodure d'azote sur les cordes

L'auscultation fait entendre un souffle systolique paraissant correspondre à un rétrécissement de l'origine de l'aorte; du reste, la fonction du cœur paraît s'exécuter normalement.

La seule inspection des mouvements du cœur pourrait faire croire que c'est la brusque diastole des ventricules qui cause le battement de cet organe; mais l'application du doigt sur le ventricule fait cesser cette illusion et montre bien que la pulsation du cœur a lieu pendant la systole ventriculaire.

L'inscription des pulsations du cœur montre que les deux ventricules sont synchrones dans leur action, même lorsqu'on provoque des irrégularités de leur rythme; que la pulsation coïncide avec la diminution de volume des ventricules et, par conséquent, avec la phase de systole des ventricules.

En répétant sur cette femme certaines expériences que sa conformation permet de faire aisément, on constate que tout se passe chez elle comme sur les mammifères supérieurs soumis aux vivisections.

Ainsi, les obstacles apportés à la circulation générale ou à la circulation pulmonaire retentissent de la même façon sur la pulsation du cœur dont ils modifient les caractères. Le pouls trachéal est positif, comme cela s'observe sur un animal dont on a ouvert le péricarde.

Ces différentes observations suffiraient à démontrer, s'il pouvait y avoir encore des doutes à cet égard, que les résultats des expériences physiologiques faites sur les grands mammifères, sont entièrement transportables à la connaissance du mécanisme de la circulation humaine.

Votre commission adresse à notre collègue, M. Tarnier, ses remerciements pour avoir signalé un cas tératologique si rare et si intéressant.

CLINIQUE MÉDICALE

Note a propos d'un cas de bégaiement compliqué de tics coordonnés multiples : tic de la langue et des lèvres, du tronc (tic de l'ours), du bras et du langage articulé (tic de la pensée), par le docteur Maurice Letulle, médecin des hôpitaux.

Suite et fin.—Voir le numéro précédent.

Il peut paraître bizarre de discuter la variété d'un tic. Il semblerait établi qu'un tic qui n'est pas le *tic douloureux* doit être fatalement un *tic convulsif*. Mais qu'entend-on par tic convulsif? Si cette épithète de *convulsif* accolée au mot tic signifie purement et simplement involontaire, inconscient, répété, j'accorde que tous les tics sont convulsifs; mais que si l'on veut spécifier par ce terme que *tous les tics* sont des secousses musculaires, saccadées, irrégulières, incoordonnées, autrement dit des *convulsions*, je m'inscris en faux contre une pareille assertion. Je demande si l'on peut sans danger faire rentrer dans le même cadre, dans la même variété nosologique, la convulsion violente, irrégulière, qui bouleverse profondément tous les traits du visage chez un malade atteint de tic facial douloureux ou non, et le mouvement rhythmique coordonné qui exagère et précipite le clignement des yeux d'un autre malade. Affaire de nombre et de départements musculaires atteints, dira-t-on: dans le clignement, les seuls orbiculaires des paupières sont excités; au contraire, la totalité ou la presque totalité des muscles de la face est frappée dans le tic douloureux. Peut-être bien; toutefois, on m'accordera que le tic caractérisé par une convulsion qui secoue brutalement les muscles de l'épaule, comme on le voit souvent chez d'anciens choréiques, ne peut en aucune façon être comparé au *geste* précis, répété, inconscient, d'un enfant qui tète son pouce, ou d'une personne qui a le tic de se frotter incessamment l'oreille ou de se passer la main sur le front. C'est précisément pour différencier cliniquement des tics convulsifs ces *gestes* répétés, involontaires, rhythmés, que j'ai proposé d'admettre deux variétés de tics: les tics *convulsifs* et les tics *coordonnés*, distinction qui n'a rien de subtil et qui met dans un cadre à part les mouvements ou gestes involontaires, habituels, inconscients, véritables tics qui n'ont pas toujours la même gravité pronostique que les convulsions partielles de la première variété.

Chez notre jeune malade, le coup de langue, le tic de l'ours, le tic du bras, semblent donc bien être des tics *coordonnés*, en ce sens qu'il s'agit de contractions musculaires associées qui pourraient au besoin s'adapter à un but; ce ne sont pas de vraies convulsions.

En résumé, J... est atteint d'un bégaiement et de tics multiples coordonnés. La coexistence de ces deux sortes de troubles moteurs, trouble du langage articulé, trouble rhythmique d'un bras, du tronc et de la langue, est-elle une simple coïncidence, un pur hasard? En aucune façon, selon nous. Les

d'une contrebasse que l'on fait vibrer avec l'archet. Au moment où le son produit correspond à soixante vibrations par seconde, la substance explosive détone bruyamment.

Ces explosifs sont extrêmement dangereux et en outre coûtent très cher; ils ne sont donc d'aucun emploi. Je ne vous en aurais pas parlé sans le désir que j'ai de vous présenter un tableau complet et aussi de vous mentionner l'accident qui faillit coûter la vie à Dulong, qui découvrit le chlorure d'azote en 1812. Dans le but de déterminer sa composition, il s'apprêtait à verser le liquide dans un flacon contenant de la tournure de cuivre; comme il connaissait le danger de la réaction qui allait se produire, il avait pris soin d'éloigner Bérard, son préparateur et son ami. Au moment où celui-ci venait de sortir du laboratoire, une explosion en ébranla les murs. Dulong eut un œil et deux doigts emportés.... ce qui ne l'empêcha pas de recommencer plus tard et de mener à bonne fin son expérience interrompue.

4e SECTION.

Explosifs a base d'un picrate.

Le corps comburant est l'acide picrique, parfois mélangé au salpêtre, au chlorate de potasse; l'acide picrique contenant beaucoup de carbone peut être employé sans addition d'un combustible. L'acide picrique a été découvert par Hausman en 1788. Le picrate de potasse, qui est le sel le plus employé, se présente sous la forme d'aiguilles cristallisées d'un beau jaune d'or.

Les poudres qu'on peut fabriquer avec cet acide et les sels dérivés offrent de moindres dangers que celles obtenues avec les chlorates; mais elles détonent au contact de la flamme. C'est à cette dernière cause qu'on a rapporté l'explosion d'une tourie de poudre à base de picrate de potasse, qui a amené la catastrophe de la place de la Sorbonne le 16 mars 1869. Le magasin contenait 23 kilogrammes de picrate de potasse en poudre destinés à l'arsenal de Toulon et renfermés dans une tourie en verre qu'ils ne remplissaient qu'en partie. La tourie était enveloppée dans du papier et garnie de paille. L'emballage ayant paru insuffisant, un ouvrier fut chargé du transvasement. C'est pendant cette opération que l'explosion eut lieu. On a supposé que cet ouvrier, qui était grand fumeur, avait laissé tomber une allumette de sa poche, ou qu'il fumait pendant son travail, et qu'une parcelle de tabac enflammé était tombée sur le sel explosif. Quoi

définitions données du bégaiement signalent, parmi les symptômes concomitants du bégaiement, la fréquente apparition de mouvements involontaires convulsifs. N'est-il pas rationnel de croire que bégaiement et tics ne font qu'une même affection, un même trouble fonctionnel, variable uniquement d'après la région musculaire atteinte par le spasme involontaire?

L'origine du bégaiement tient, comme on l'a montré, à un trouble fonctionnel de l'un ou de plusieurs des appareils respirateur, phonateur ou articulateur de la parole. Lorsque le fonctionnement de cet instrument si complexe est entravé, troublé spasmodiquement, en dehors de lésions matérielles évidentes, le bégaiement existe. En d'autres termes, le bégaiement est un tic de la parole, dont l'origine doit être cherchée dans un trouble fonctionnel des centres nerveux, comme pour tous les tics en général. Et la preuve qu'il en est bien ainsi, c'est qu'en analysant d'une façon minutieuse l'histoire des tics on ne peut faire autrement qu'admettre comme possible l'existence de *tics du langage articulé*, c'est-à-dire de bégaiement, car, suivant une loi bien établie, tous les muscles striés sont passibles d'un tic, les muscles moteurs de la langue aussi bien que les autres.

Allons plus loin : le bègue est dans un état cérébral pathologique qui, si léger soit-il, est néanmoins indubitable.

Son excitabilité, sa nervosité, les efforts qu'il fait pour éviter ou pour cacher son infirmité en sont les preuves convaincantes. D'autre part, le malade qui *tique* est toujours un excitable, un névropathe, un cérébral en un mot. Le terrain nerveux est donc le même, les manifestations ne diffèrent que par le siège du trouble fonctionnel. Mais cette différence paraît profonde, car elle se traduit, chez le bègue, par un embarras d'une des fonctions motrices les plus précieuses attribuées à l'homme, la faculté de la parole. Or, la parole n'est-elle pas un acte moteur qui transmet l'idée, la matérialise en la rendant accessible aux sensations d'autrui? Et ne peut-on pas dire que la parole est un *geste de la pensée?*

L'étude détaillée de cette observation de bégaiement montre combien est profond le trouble nerveux central qui le produit. Lorsque notre malade répète coup sur coup la syllabe *je, bé, pa*, etc., en face de laquelle il hésite, lorsque la lettre *s* ne s'échappe de ses dents qu'après un sifflement prolongé, il semble bien qu'il ne s'agisse là que d'un spasme musculaire convulsif qui gêne momentanément l'articulation de certaines consonnes. On pourrait croire, dès la première impression, que les centres nerveux supérieurs, les centres intellectuels n'y sont pour rien. Qu'on l'écoute parler cependant et voici ce qui arrivera souvent avant que la phrase soit terminée : l'hésitation de la parole ne porte pas seulement sur l'articulation de telle ou telle syllabe, elle existe aussi dans la pensée, car, à chaque instant, au milieu d'une phrase qui marche à peu près bien, un arrêt se fait subit dans la pensée; le mot précis fait défaut, et le malade se sert instinctivement d'un terme habituel : « c'est-à-dire, c'est-à-dire... » qui lui permet de retrouver sa pensée obnubilée, troublée d'une façon subite. C'est ainsi que l'on peut, presque à coup sûr, prévoir que ce lambeau de phrase habituel, le « c'est-à-dire », va sortir de ses lèvres dès qu'on entend le jeune malade répéter deux ou trois fois le même mot. Cette sorte de terme de remplissage, s'échappant à son insu, commence souvent la réponse qu'il fait aux questions adressées. C'est bien là encore un tic, un bégaiement tout spécial, un *véritable tic de la pensée*, si l'on peut ainsi dire. Et, pour compléter cette notion, j'ajouterai que ce tic n'est pas le même que le bégaiement monosyllabique de tout à l'heure. « C'est-à-dire » est un lambeau d'idée, c'est un bégaiement peut-être, c'est sûrement un *tic coordonné*; tandis que les *bé, bé, bé, m m m m, p p p p, j j j j* qui composent le vrai bégaiement monosyllabique de notre malade ne constituent qu'un spasme musculaire, une secousse convulsive, un *tic vraiment convulsif*. La distinction est valable; elle peut utilement servir à la genèse des bégaiements et des tics et à leur traitement.

Sous l'influence de cette conception pathogénique du bégaiement et du tic relevant d'un trouble profond de l'innervation centrale, j'ai soumis mon jeune malade à un traitement général. Les douches et le bromure de potassium ont été conseillés; depuis huit mois bientôt, le malade prend chaque jour 3 à 4 grammes de bromure, et dès le troisième mois du traitement il a éprouvé un soulagement réel. Aujourd'hui (octobre), le *tic de l'ours* et le *tic du bras* ont totalement disparu. Les claquements de langue se sont notablement atténués; l'excitabilité nerveuse se calme et le malade peut travailler une journée entière dans un magasin en s'occupant des expéditions de province, où la lecture à haute voix, l'appel de chiffres, etc., sont à tout instant nécessaires. Le bégaiement est atténué, bien qu'il n'ait pas disparu, et le fâcheux « c'est-à-dire, c'est-à-dire » ne se montre plus qu'à de rares intervalles. Suivant la remarque du ma-

---

qu'il en soit, une formidable détonation se produisit, étendant ses effets sur une surface de 6,000 mètres carrés, comprenant la place de la Sorbonne toute entière, la portion du boulevard Saint-Michel attenant à cette place, les rues de la Sorbonne, Gerson, Victor Cousin et Champollion, qui y débouchent. Les vitres y furent brisées en presque totalité. Plusieurs parties de constructions furent détruites, ou fortement endommagées. Enfin l'incendie se déclara au milieu des débris entassés dans le magasin Fontaine. La rupture de toutes les conduites de gaz au moment de l'explosion et la présence dans le magasin d'une certaine quantité de produits combustibles apportèrent à cet incendie de nouveaux aliments.

Tardieu, qui fut chargé le lendemain de constater l'état des victimes, dit n'avoir jamais procédé à une opération plus saisissante (1). Cinq personnes avaient été tuées, et sur ces cinq cadavres trois étaient réduits pour ainsi dire en lambeaux. Le quatrième, trouvé dans une cave, était complètement carbonisé. C'était le fils de M. Fontaine.

(1) *Etudes médico-légales sur les blessures*, par Ambroise Tardieu. Paris, J.-B. Baillière, 1879.

Le sieur B.. avait la tête et le cou fracassés, le bras gauche et la poitrine broyés. Le crâne était comme scalpé, le cuir chevelu tout à fait enlevé; le ventre était ouvert et les deux membres inférieurs complètement broyés.

Chez le sieur D... la tête avait éclaté; il ne restait qu'un lambeau de cuir chevelu déchiqueté et une oreille. Le tronc présentait une large ouverture béante faite par le choc du cadavre contre un banc qui l'avait coupé pour ainsi dire en travers. Au fond de cette plaie, on voyait les viscères broyés. Le bassin et la cuisse droite étaient fracassés, la cuisse largement ouverte.

Le dernier cadavre, celui d'un jeune homme de 23 ans, offrait un aspect plus horrible encore. Il était méconnaissable et avait été mis en lambeaux. La colonne vertébrale, presque tout entière, était séparée du reste du corps. On retrouvait onze vertèbres auxquelles adhéraient à peine quelques débris de chairs noires déchiquetées, desséchées, comme en charpie. C'est ce fragment de colonne vertébrale qui avait pénétré en brisant les vitres dans une chambre du second étage de la maison située de l'autre côté de la place. La peau du dos avait été enlevée comme sur un écorché; elle était noircie et incrustée par le sable de la rue. Des lambeaux

lade, c'est presque uniquement dans les moments d'émotion ou de trouble dans ses occupations que le bégaiement et les autres tics reparaissent, preuve nouvelle à ajouter à tant d'autres de l'origine purement centrale, psychopathique, des bégaiements et du plus grand nombre des tics convulsifs aussi bien que des tics coordonnés.

C'est donc sur les centres nerveux, grâce à des médications appropriées, calmantes, sédatives, qu'il faut agir dans le traitement de ces phénomènes nerveux dont l'intérêt clinique s'accroît encore quand on se rappelle les corrélations de parenté évidentes qu'ils affectent, de par les lois de l'hérédité, avec les différentes maladies du système nerveux.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Cinquante-sixième réunion des naturalistes et des médecins allemands

tenue à Fribourg du 18 au 23 septembre 1883 (1)

SECTION DE MÉDECINE

Suite. — Voir les numéros 43 et 45.

Des épanchements pleuraux hémorrhagiques. — M. SCHETELIG-NERVI (de Homhourg), se basant sur deux faits cliniques dont l'un a donné lieu à une autopsie, soutient que les hématomes de la plèvre ne sont pas forcément sous la dépendance d'un carcinome ou de la tuberculose. Ils semblent, au contraire, être en relations étroites avec la rétraction du tissu pulmonaire, et peuvent se faire jour au dehors, à travers les bronches intactes. Il y a lieu d'admettre qu'en pareils cas l'exsudat, soumis à une pression considérable, filtre dans les bronches, lesquelles sont très rapprochées de la surface pleurale, par suite de la sclérose du tissu pulmonaire à la périphérie. Dans les deux cas mentionnés par l'auteur, les malades présentaient d'ailleurs une disposition manifeste aux hémorrhagies.

(1) C'est par inadvertance que nous avons inséré les communications de M. Ewald et de M. Senator dans notre compte rendu du Congrès de Fribourg. Ces communications ont été faites à la *Société de médecine interne* de Berlin, dont les travaux seront, à partir du 1er janvier prochain, régulièrement analysés, ainsi que ceux des principales sociétés médicales de l'étranger. N. D. L. R.

Pour ce qui est du traitement, l'auteur estime qu'il n'y a lieu d'intervenir par la ponction avec aspiration que dans les cas où la vie du malade court un péril imminent; autant que possible, il faut remplacer le liquide hémorrhagique soustrait à la plèvre par un liquide aseptique. Chez l'un des malades, semblable intervention, en supprimant chaque fois les hémoptysies, confirma l'opinion émise sur le mécanisme de ces hématomes de la plèvre.

— *Des altérations du cœur et des vaisseaux dans les cas de néphrite.* — M. RIEGEL fait part des résultats de ses nombreuses recherches concernant l'état du cœur et des vaisseaux dans les cas de néphrite aiguë. Ces recherches ont démontré que dès le début de la néphrite aiguë, il se produit une augmentation de la pression intra-vasculaire avec ralentissement du pouls, deux phénomènes connexes, qui suivent une marche parallèle à celle de la néphrite. Dans beaucoup de cas, il se produisit consécutivement une augmentation de volume du cœur. M. Riegel est d'avis que le trouble initial, l'augmentation de la tension vasculaire, est dû à la rétention des principes excrémentiels qui entrent dans la composition de l'urine.

Le professeur BÆUMLER (de Fribourg) a pu constater également la précocité de l'élévation de la pression intra-vasculaire dans des cas de néphrite aiguë. Il ajoute que l'hypothèse déjà émise par Bright, et qui consiste à attribuer les complications cardio-vasculaires de la néphrite à la rétention des produits de désassimilation qui irritent le cœur et les vaisseaux, n'a pas jsqu'ici jeté beaucoup de lumière sur la pathogénie de ces complications.

— *Sur la pathogénie de la péricardite tuberculeuse.* — M. KAST (de Fribourg) relate un cas d'épanchement péricardique où la ponction donna issue à un liquide qui renfermait des masses de bacilles de Koch. A l'autopsie du malade, on découvrit une induration avec fonte purulente des ganglions du médiastin, au niveau même du péricarde. Il n'existait pas d'autres traces d'une tuberculose miliaire. Cette observation démontre donc qu'il peut exister une péricardite, avec bacilles de la tuberculose dans l'épanchement, sans tuberculisation du péricarde: elle démontre encore que le point de départ de la péricardite tuberculeuse peut être dans les ganglions avoisinants, et qu'une cavité séreuse peut renfermer les germes porteurs du virus tuberculeux sans qu'il en résulte une infection de l'organisme.

M. WEIGERT appuie ces réflexions et ajoute que peut-être l'inflammation, dans le cas en cause, n'a pas affecté le caractère miliaire, par la raison qu'une grande quantité de virus tuberculeux a pénétré d'emblée dans la cavité péricardique.

M. ZENKER (d'Erlangen) rappelle qu'au congrès de Baden-Baden

de muscle pendaient arrachés. Une des oreilles restait attachée à un débris de cuir chevelu tailladé et troué. On reconnaissait des fragments du bassin, de l'os coxal, de la tête du fémur comme hachés. La section de ces débris de squelette était dans certains points toute noire, dans d'autres saignante. Il restait encore des portions de la rate, du poumon, du menton, garni d'une longue barbe châtain foncé et de la mâchoire inférieure incrustée d'éclats de vitres; puis des lanières de peau de différentes longueurs, des os broyés, enfin une masse de débris tout à fait informes.

Outre ces victimes, on compta un certain nombre de blessés et de brûlés. J'ai vu à ce moment un malheureux étudiant en médecine qui, se trouvant dans le foyer de l'incendie, avait respiré l'air embrasé. Il en était résulté des brûlures étendues de l'arrière-gorge, de la trachée et des grosses bronches, et le pauvre jeune homme, après être sorti vivant de ce terrible danger, succomba, au bout de plusieurs semaines, à la maison Dubois où il était soigné, épuisé par la suppuration de tout son arbre respiratoire.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE. — Le prix fondé par Mme Broca en faveur des études que la Société d'anthropologie poursuit sera décerné, pour la première fois, en avril 1884.

Les mémoires qui y concourent doivent être déposés avant le 31 décembre prochain.

Voici un extrait du règlement relatif à ce prix :

« Le prix Broca est destiné à récompenser le meilleur mémoire sur une question d'anatomie humaine, d'anatomie comparée ou de physiologie se rattachant à l'anthropologie. »

Art. 2 de son règlement. — Ce prix est de la valeur de 1,500 fr.

Art. 3. — Les membres qui composent le comité central de la Société d'anthropologie sont seuls exclus du concours.

Art. 4. — Tous les mémoires manuscrits ou imprimés adressés à la Société peuvent prendre part au concours.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Looten est chargé, pendant l'année 1883-84, des fonctions de maître des conférences sur les maladies des enfants.

il avait communiqué un cas de tuberculisation des ganglions médiastinaux avec perforation dans le péricarde et l'œsophage. Il est évident, dans l'état actuel de la pathogénie de la tuberculose, que dans ce cas la péricardite avait été provoquée également par l'irruption, dans la séreuse, du virus tuberculeux provenant du foyer ganglionnaire.

— *Des névralgies syphilitiques.* — M. Seeligmuller (de Halle), signale une localisation caractéristique des névralgies syphilitiques survenant du côté de la tête : la douleur spontanée et à la pression est localisée dans une zone mesurant de deux à trois travers de doigt en hauteur et qui s'étend d'une oreille à l'autre. Cette zone est innervée par les branches auriculo-temporale et occipitale inférieure. Ces douleurs névralgiques ne sont pas à confondre avec la céphalée dépendant d'une exostose; cependant, rebelles aux moyens habituellement employés contre les névralgies, elles ont promptement cédé à l'administration de faibles doses d'iodure de potassium.

—*De l'action du chlorate de potasse*, par M. Mering, de Strasbourg. En se basant sur les résultats de ses recherches récentes, l'auteur conclut aux faits suivants :

1o Le chlorate de potasse traverse l'organisme en majeure partie sans subir d'altération.

2o Dans un mélange de sang et de chlorate de potasse, il se forme de la methémoglobine ; en même temps une partie du chlorate de potasse est réduit.

3o L'addition d'une base alcaline ralentit la décomposition du sang, l'addition d'acide carbonique l'accélère.

4o Le chlorate de potasse décompose le sang asphyxique bien plus rapidement que le sang artériel.

5o L'action délétère du chlorate de potasse se manifeste principalement quand ce sel est absorbé par l'estomac à l'état de vacuité, et lorsque son élimination se fait d'une façon insuffisante.

(A suivre.)

E. Ricklin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 novembre 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

Sur l'emploi externe du cuivre métallique comme préservatif du choléra. — Note de M. Axel Lamm (de Stockholm), présentée par M. Vulpian.

Au printemps de 1853, le choléra sévissant en Europe, le public suédois, sous l'impression des décrets prophylactiques de 1830 et des douloureux souvenirs de la première épidémie du choléra en Suède (1834), désira avoir quelque chose de palpable à employer contre l'infection. M. Magnus Huss, alors chef de clinique médicale au lazaret des Séraphins, à Stockholm, conseilla de porter, sur le creux de l'estomac, de petites plaques de cuivre métallique. Cette pensée lui avait été suggérée par ce fait que le choléra ne s'était pas montré à Falun, ville principale de la province Dalarne (Dalécarlie), à proximité de mines considérables de cuivre qui sont exploitées depuis l'antiquité la plus reculée et en partie à ciel ouvert.

L'emploi de ces plaques (qui étaient minces et rondes, d'un diamètre d'environ 0m,10) ne donna que des résultats nuls au point de vue de la prophylaxie du choléra.

Il arriva, d'autre part, que, dans certains cas, par l'effet de la transpiration, et parce qu'on n'eut pas le soin de nettoyer les plaques, il se forma à leur surface du vert-de-gris, qui agit comme caustique sur la peau avec laquelle il était en contact direct : des ulcérations en furent la suite.

Il est vrai que le choléra, qui a sévi cinq ou six fois à Stockholm, n'a jamais pénétré dans le nord jusqu'à Falun. Mais il est bon d'observer que, à Falun et autour de Falun, l'oxydation du minerai répand dans l'atmosphère du gaz acide sulfureux, en quantités parfois intolérables. Cette circonstance exerce t-elle une influence sur les miasmes de l'épidémie cholérique ? C'est une question que je dois me contenter de poser, mais que je ne puis pas traiter ici, n'ayant pas les données nécessaires pour arriver à une solution.

De l'action toxique comparée des métaux sur les microbes. — Note de M. Ch. Richet, présentée par M. Vulpian.

En continuant ses études sur l'action toxique comparée des divers métaux, l'auteur a été amené à rechercher comment ils agissent sur les microbes.

Pour faire cette comparaison, il a employé une solution de peptone dans l'eau de mer.

Il a trouvé que la dose toxique pour les poissons est toujours moindre que la dose qui entrave le développement des bactéries. En général, la dose toxique est vingt fois moins forte.

Mais un autre fait plus important est à noter, dit-il, c'est la toxicité extrême de l'ammonium, du lithium et du potassium chez les poissons, comme d'ailleurs chez tous les animaux, alors que pour les végétaux et les microbes ces métaux sont d'une innocuité remarquable.

Il semble qu'on puisse ranger les poisons en deux grandes classes. Il y a des poisons universels, dont le mercure est le type le plus parfait, qui sont poisons de la cellule végétale et de la cellule animale. Quelle que soit la nature du protoplasma, les sels de ces métaux, même à très petite dose, agissent sur lui d'une façon délétère.

Mais, à côté de ces poisons de toute substance vivante, il y a des poisons spéciaux à l'animal, comme le lithium, surtout comme le potassium et l'ammonium, lesquels sont à peu près inoffensifs pour les tissus des végétaux. Les alcaloïdes, qui se rapprochent plus ou moins de l'ammoniaque, sont aussi dans ce cas.

Cette différence tient vraisemblablement à ce que l'ammonium et le potassium empoisonnent non pas toutes les cellules, mais spécialement les cellules nerveuses. Au contraire, le mercure, le zinc, le cadmium, le cuivre, agissent sur toutes les cellules organisées.

Il y aurait peut-être lieu d'examiner si la toxicité ou l'innocuité des sels ammoniacaux et potassiques ne constituerait pas un moyen de distinguer le règne végétal du règne animal.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 novembre 1883. — Présidence de M. Hardy.

Travaux présentés. — *Hygiène de l'enfance*, par M. le docteur Foissac. — *Le massage*, par M. le docteur Schreiber. — *Note sur les épidémies de choléra, de variole, de fièvre typhoïde à Villedieu-les-Poëles*, par M. Bochefontaine. Il résulte de cette note que les ouvriers en cuivre n'ont pas été plus préservés que les autres habitants. — *Lupus scléreux*, par M. le docteur Vidal. — *Comptes rendus* de la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse, déposé par M. Larrey. — *Le chauffage des instruments comme moyen de prévenir le développement de la septicémie gangréneuse*, par M. Tripier (de Lyon).

— M. le Président annonce la mort de M. le docteur Seux, membre correspondant à Marseille.

— M. le Président déclare une place vacante dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Lasègue.

— M. Péter lit un rapport sur le prix Portal.

— M. Sandras lit un travail ayant pour titre : *Des inspirations ou des inhalations médicamenteuses et anti-microbiques*.

En résumé, dit M. Sandras, nous professons l'emploi d'une médication active, rationnelle et directe (*loco dolenti*) dans le traite-

ment des maladies des voies respiratoires. Ce traitement peut être employé, sans inconvénients pour la santé, sans frais et avec une grande facilité, au moyen d'un appareil très peu coûteux.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 novembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Larger présente un malade qui s'est fracturé quatre fois la rotule droite dans l'espace de quatorze ans. La marche est excellente, malgré un écartement très appréciable des fragments; mais il n'a pas eu d'arthrite et son triceps n'est pas atrophié.

— M. le professeur Le Fort vient à la séance joindre sa protestation à celle de M. Verneuil. L'éminent chirurgien rappelle que la chirurgie française a toujours eu le respect de la vie humaine : elle ne peut s'aventurer dans la voie où on voudrait l'entraîner. Le traitement par la suture osseuse n'a pas été assez réprouvé par la Société. Pourrait-on admettre pour les fractures en général un traitement qui transformerait des fractures simples en fractures exposées? Pourquoi donc le propose-t-on pour la rotule? A la rigueur, on pourrait admettre des réserves pour les cals anciens avec grand écartement, et encore l'auteur rappelle ce malade de Jobert qui, bien qu'ayant la rotule au milieu de la cuisse, n'en faisait pas moins le rude métier d'essayeur de chevaux. Et puis, n'a-t-on pas les appareils comme suprême ressource dans les cas de gêne fonctionnelle trop prononcée? Pour les fractures récentes, M. Le Fort repousse résolument la suture; il déclare même proscrire la ponction pour l'évacuation des caillots, attendu que, même dans les cas où l'épanchement est extrême et empêche le rapprochement des fragments, la guérison ne s'en fait pas moins bien. Les malades guérissent avec l'appareil le plus simple, et, quoique très partisan de la griffe de Malgaigne, il n'a jamais trouvé à l'employer. Et l'on vient mettre en parallèle une méthode qui tue trois malades sur quarante-trois!

M. Le Fort résume son discours en disant que, bien qu'on ne doive pas repousser *à priori* les grandes hardiesses de nos jours, il faut au moins, pour les accepter, peser avec soin les dangers de l'intervention et les avantages que le malade peut en retirer.

M. Richelot cite le cas d'un cal qui n'avait pas moins de 12 centimètres et qui n'apportait aucune gêne au malade. Revenant sur sa précédente communication, il montre que le droit antérieur ne constitue qu'une faible partie du triceps et que les malades peuvent marcher même avec une atrophie de ce muscle. L'auteur, analysant les six cas de Lister, dit qu'après l'opération réussie les uns marchaient bien, les autres mal. Les premiers, pour M. Richelot, avaient un triceps et ils l'avaient avant; les deuxièmes n'en avaient plus, et l'opération ne le leur a pas rendu. A quoi donc a servi l'opération? L'orateur conclut qu'il convient, avant tout, d'électriser le triceps, et que l'échec seul du traitement peut fournir des indications à l'opérateur.

M. Després partage l'avis de M. Le Fort. Il a observé dix-neuf cas de fracture de rotule avec écartement variable; il n'a jamais vu d'infirmité. Une fois il eut un cal osseux : mais avant la fracture il y avait de l'ankylose. A quoi aurait pu servir dans ce cas la suture. Un malade, dont il a publié l'observation dans le Progrès médical, avait eu deux fractures à droite, une à gauche; la marche était excellente. Lecain a certainement exagéré dans sa thèse, car il n'a vu que des convalescents qui ont dû être améliorés dans la suite.

M. Labbé pense que l'opération fait courir de grands dangers; pour apprécier les avantages, il faudrait des statistiques. Pour la ponction, l'auteur pense que, malgré le cas fâcheux de Dubreuil, il est préférable de débarrasser de suite l'articulation, et il s'appuie sur le cas rappelé par M. Verneuil à la dernière séance et sur un autre de Segond, en 1879, pour montrer l'innocuité des ouvertures articulaires.

M. Labbé termine en appuyant les conclusions de Richelot sur l'importance de l'atrophie du triceps.

M. Lucas-Championnière pense que, pour les cals anciens, tous les chirurgiens sont d'accord sur l'opportunité de la suture. Pour les fractures récentes, l'auteur n'a dit qu'une chose, c'est qu'en présence des résultats de M. Lister on ne peut que les trouver excellents. Pour la statistique, l'auteur répète qu'il est mauvais de mélanger les résultats de pratiques différentes; il faut mettre en rapport des cas comparables. Quant aux résultats du traitement ordinaire, M. L. Championnière a dit qu'il en était de médiocres; tout n'est pas, dit-il, dans l'atrophie; de plus, il ne faut rien conclure d'un fait exceptionnel. Du reste, le malade de M. Larger ne détache pas le talon, et puis il s'est fracturé la deuxième rotule, fait qui prouve que la marche n'est pas parfaite. L'orateur termine en disant que l'opération pourra être employée entre les mains de Lister et de ses disciples : une Société se rabaisserait si elle ne préconisait que les opérations susceptibles d'être pratiquées par les ignorants ou les maladroits.

M. Després pense que la Société ne peut être solidaire des affirmations de M. Labbé au sujet de la ponction qui n'est faite que par deux chirurgiens, MM. Guyon et Labbé. En 1860, toute la Société s'est prononcée contre elle, à l'exception de Dubreuil.

M. Trélat, bien qu'il se soit élevé en 1871 contre la ponction à l'époque où l'on ne connaissait pas l'antisepsie, s'en déclare aujourd'hui très partisan. A l'heure actuelle, il compte 25 à 30 ponctions. Cette opération lui a appris : 1° Que l'hydarthrose traumatique n'est qu'une hémo-hydarthrose; 2° que le contenu d'un genou distendu n'est que de 40 à 50 grammes. En résumé, le traitement ordinaire n'offre pas de dangers, le pronostic de la fracture au début, bien qu'incertain, donne la probabilité d'une convenance fonctionnelle suffisante; dès lors, si M. Lucas-Championnière peut, à la rigueur, démontrer l'innocuité de son opération, il ne saurait en prouver l'utilité.

— M. Parinaud fait une lecture sur une forme nouvelle de tumeur conjonctivale.

— La séance est levée à cinq heures et demie

Picqué.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 novembre 1883. — Présidence de M. Millard.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Troisier fait savoir que M. le docteur Tissier, de Remiremont, lui a adressé deux nouvelles observations de *nodosités rhumatismales éphémères*. La première est relative à un homme qui, dans le cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, présenta au niveau de l'olécrane une nodosité semblable à celles décrites par M. Troisier dans son récent mémoire; dans le second cas, une nodosité offrant les mêmes caractères apparut sur l'articulation métacarpo-phalangienne, chez un homme qui n'avait jamais eu d'attaque franche de rhumatisme articulaire, mais qui accusait des douleurs vagues dans les membres.

— M. Féréol prend la parole en réponse à la communication de M. Troisier sur les *nodosités rhumatismales éphémères*. Il a pu se convaincre que ce qu'il a le premier décrit sous ce nom, dans une note lue au Congrès de Paris (1878), est bien différent de ce que M. Troisier a décrit plus récemment sous le même titre. Cette question de diagnostic a été tranchée par l'examen en commun du sujet de la première observation de M. Troisier. Voici, d'ailleurs, les caractères respectifs de ces deux variétés de nodosités :

Les deux lésions sont de nature arthritique ou rhumatismale; elles apparaissent soudainement et disparaissent de même. Elles

n'entraînent pas de changement de coloration à la peau ; elles sont absolument indolentes.

En regard de ces analogies se dressent des dissemblances bien franches. Les nodosités décrites par M. Troisier sont globuleuses, très saillantes, du volume d'une lentille à celui d'un pois et même plus ; elles sont très dures, quoique élastiques. Au premier aspect, elles réveillent l'idée de tophus plutôt que celle de gommes syphilitiques. Elles adhèrent au périoste, aux ligaments ou aux graines tendineuses sous-jacentes. Elles sont sous-cutanées et la peau glisse facilement au-dessus d'elles. Enfin elles ont une durée qui peut aller jusqu'à six semaines et plus.

Au contraire, les nodosités décrites par M. Féréol sont essentiellement fugitives ; elles apparaissent un jour, et le lendemain elles ont disparu, ne laissant nulle trace de leur passage ; c'est-à-dire qu'elles sont littéralement *éphémères*. M. Féréol a cru remarquer, une fois, qu'elles sont susceptibles de se déplacer pendant leur courte durée, c'est-à-dire que l'une ou l'autre de ces nodosités paraissait, le soir, plus éloignée du rebord d'implantation des cheveux, que le matin. Ces nodosités sont, de plus cutanées, autrement dit, elles se développent dans l'épaisseur même du derme, et elles offrent à première vue l'aspect d'une exostose. M. Féréol se croit autorisé à localiser dans les couches profondes de la peau, le siége exact de ces nodosités qui affectent la plus grande ressemblance avec les papules de l'érythème noueux, sauf qu'elles n'occasionnent ni douleur ni changement de couleur à la peau.

Lors de sa première communication au Congrès de Paris, M. Féréol avait observé ces nodosités chez trois sujets qui, en fait des autres manifestations de l'arthritis, étaient sujets à la migraine.

M. Teissier, de Lyon, et M. Olive affirmèrent avoir rencontré des exemples de ces nodosités chez des arthritiques. M. Féréol ne croit pas qu'il en ait été question depuis; lui-même en a vu un quatrième exemple chez, une dame sujette également à la migraine.

En terminant, M. Féréol croit devoir faire remarquer une fois encore, que la qualification d'*éphémère*, qui convient parfaitement aux nodosités qu'il a en vue, ne saurait s'appliquer, dans l'acception rigoureuse du mot, aux nodosités rhumatismales décrites par M. Troisier, lesquelles persistent jusqu'à six semaines. L'épithète de *résolutives* aurait peut-être mieux répondu à la nature de ces dernières. Toujours est-il qu'en donnant un même nom à deux lésions différentes, on commet une confusion qui peut être préjudiciable à l'étude de ces manifestations arthritiques d'une importance secondaire, mais d'un intérêt réel.

M. Cuffer demande s'il y a eu un traitement institué chez les malades de M. Féréol et de M. Troisier ; cela, parce qu'il a vu lui-même des nodosités se montrer chez un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, et disparaître sous l'influence, apparente ou réelle, de la médication salicylée. Une autre fois, il a vu se développer chez un rhumatisant des nodosités en tout semblables à celles de l'érythème noueux ; on percevait de la crépitation au-dessous de ces nodosités, qui s'effacèrent en passant par toutes les nuances de coloration d'un érythème noueux en voie de résolution.

M. Féréol fait observer que M. Cuffer parle de nodosités qui paraissent différer notablement de celles qui ont été décrites par M. Troisier et de celles qu'il a décrites lui-même.

M. Troisier fait la même remarque. L'éruption mentionnée par M. Cuffer s'accompagnait évidemment d'un épanchement de sang, ce qui la différencie nettement de ses nodosités qui présentaient une structure fibreuse, de telle sorte qu'il eut un moment l'idée de leur donner le nom de *fibromes éphémères*.

M. Cuffer dit que son intervention a eu seulement pour but de montrer combien les manifestations rhumatismales du côté de la peau sont variables.

M. Troisier répond à cela, que son intention n'a pas été de décrire *tous* les accidents rhumatismaux qui peuvent se montrer à la peau, et que son travail n'a visé qu'un point très limité de cette question, sur lequel l'intervention de M. Cuffer ne peut que jeter de la confusion.

M. Olivier demande si l'on a élucidé la pathogénie de ces nodosités rhumatismales ou arthritiques.

M. Troisier répond que tout ce que l'on peut dire, c'est qu'elles apparaissent chez des sujets qui sont manifestement sous le coup de la diathèse rhumatismale.

— M. Legroux, à propos du cas de dilatation de l'estomac dont M. Dujardin-Beaumetz a parlé dans la dernière séance et de la question du *faux cancer* abordée à cette occasion, mentionne le fait suivant : Un homme, qui était diabétique depuis de longues années, présente tout à coup les signes d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide. Il y a quelques mois, M. Legroux est appelé en consultation à Cannes auprès de ce malade, et il constate chez lui l'existence d'une tumeur à l'épigastre. Jusqu'alors le malade n'avait pas eu de vomissements, ni d'autres signes d'un cancer de l'estomac. Il avait, par contre, de la diarrhée. De l'ascite survint, et la tumeur épigastrique disparut en arrière de l'épanchement. M. Millard, qui avait vu également le malade, penchait vers l'idée d'un cancer. M. Legroux, en présence des signes de tuberculose pulmonaire et péritonéale constatés chez cet homme, se demande si la tumeur épigastrique était autre chose qu'un paquet ganglionnaire envahi par la tuberculisation?

M. Millard dit qu'appelé à remplacer M. Legroux auprès du malade en question, il a en effet constaté chez celui-ci une tumeur énorme, sur le siége exact et la nature de laquelle il est resté dans le doute. L'idée d'un cancer abdominal s'est présentée à son esprit à titre de simple hypothèse, qu'on eût pu invoquer comme troisième cause de la cachexie profonde dans laquelle était plongé ce malade.

— M. Dujardin-Beaumetz demande que la question du *diagnostic du cancer de l'estomac*, mise à l'ordre du jour dans la dernière réunion, soit ajournée à une prochaine séance. Son intention, ajoute-t-il, est de soumettre à ses collègues un certain nombre de faits et de remarques sur ces cas pathologiques pour lesquels il croit devoir maintenir la désignation de *faux cancer*, malgré les objections de M. Gallard.

— M. Legroux dit qu'il a fait préparer par M. Tanret des *globules de chlorhydrate de morphine*, qui se dissolvent facilement dans l'eau, l'excipient étant représenté par de la gomme. Ces globules qui renferment 1 centigramme de morphine chacun, peuvent être conservés dans un portefeuille, sans subir d'altération. Le médecin a ainsi sous la main de quoi faire une injection de morphine dans les cas pressés, lorsque le temps ou les facilités lui manquent pour se procurer une solution de morphine.

Déjà à la dernière exposition universelle, M. Legroux avait vu exposées dans la section américaine, des pastilles de lactate de morphine, répondant au même but. Toutefois ces pastilles, qu'il faut broyer avant de les mettre dans l'eau, sont assez lentes à se dissoudre.

M. Dujardin-Beaumetz dit que la tentative signalée par M. Legroux a déjà été faite sous une forme plus pratique, et que néanmoins elle n'a pas eu de succès. Il s'agit de petites plaques de gélatine quadrillées, dont chaque carré renfermait 1 centigramme de chlorhydrate de morphine Ces plaques gélatineuses pouvaient commodément se transporter dans un portefeuille.

M. Legroux répond que si cette tentative n'a pas eu de succès, c'est parce que la gélatine se dissout mal, qu'elle n'est pas absorbée en totalité, une fois parvenue sous la peau, et qu'elle formait souvent des nodosités douloureuses.

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret, pour pro

céder à l'élection d'un représentant des médecins des hôpitaux au Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

E. RICKLIN.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

DE LA CRÉOSOTE DE HÊTRE ASSOCIÉE AU BAUME DE TOLU ET AU GOUDRON DE NORWÈGE — Les remarquables travaux des docteurs Bouchard, Gimbert, etc., ont affirmé la haute valeur thérapeutique de la créosote Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements, et, dans tous les cas, des renvois qui obligent à en suspendre l'emploi. Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le *Baume de Tolu*, qui présente pour cet usage des avantages particuliers.

Le baume de Tolu, dont la découverte remonte au delà de Dioscoride, était, dès cette époque, employé au traitement de tous les flux muqueux, des maladies chroniques du poumon, catarrhales et nerveuses, ainsi que dans les affections du larynx produisant l'enrouement et l'extinction de la voix, *raucedines* et *aphoniæ*, et même dans la phthisie tuberculeuse. Il ne s'agit donc pas ici d'une de ces préparations dont l'efficacité est aussi passagère que la vogue, mais d'un bon produit de vieille renommée.

En ajoutant le *goudron de Norwège* à ces deux substances d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

On sait que le goudron est employé avec grand succès, depuis un temps immémorial, dans les affections des voies respiratoires, en raison des heureuses modifications qu'il apporte sur la muqueuse trachéo-bronchique.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêté à une formule, d'après laquelle nous avons fait préparer de petites capsules ovoïdes par MM. Trouette-Perret, pharmaciens à Paris.

Chaque capsule doit consenir :

5 centigrammes de créosote pure de hêtre ;

7 centigrammes 1/2 de goudron purifié de Norwège ;

7 centigrammes 1/2 de baume de Tolu.

Ces capsules, appelées par leur auteur *Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret*, doivent être employées aux doses suivantes :

Dans le cas où la maladie offre peu de gravité, et si l'on ne veut qu'un moyen prophylactique, deux capsules le matin et deux le soir peuvent suffire ; mais il n'y a aucun inconvénient à porter plus haut les doses.

Dans les cas plus graves, on commencera par quatre capsules le matin et quatre le soir, et on augmentera la dose de manière à arriver à douze capsules par jour, en graduant suivant l'état de la maladie et l'effet que l'on désire obtenir.

Il est indispensable, chaque fois que l'on aura pris de ces capsules, de ne pas leur permettre de s'arrêter dans l'estomac, en avalant un quart de verre d'un liquide quelconque : eau, lait, vin, thé léger ou tisane froide ou chaude.

Lorsque les *Gouttes Livoniennes* auront contribué à rétablir la santé, il sera bon de ne point en abandonner brusquement l'usage et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver, et notamment aux changements de saisons accompagnés de temps humides,

Dr L. LASNIÉE.

FORMULAIRE

SOLUTION DE NITRITE DE SOUDE CONTRE LES ACCÈS D'ANGINE DE POITRINE.

(MATHEW HAG).

Rec. Nitrite de soude.... 14 grammes.
Eau distillée.... . 340 —

M. s. a. A prendre une ou deux cuillerées à café au moment d'un accès.

On a encore proposé, comme remède abortif des accès d'angine de poitrine, la nitro-glycérine donnée en solution suivant la formule :

Rec. Solution de glycérine au 1/100°. XXX gouttes.
Eau distillée.................. 300 grammes.

M. s. a. A prendre trois cuillerées à café dans le courant de la journée.

Les inhalations de nitrite d'amyle (trois gouttes pour commencer) passent pour être encore plus efficaces ; mais c'est un remède qui demande à être manié avec beaucoup de circonspection.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET AU DIAGNOSTIC DES FORMES FRUSTES DE LA MALADIE DE BASEDOW, par le docteur MARIE.

La maladie connue depuis le commencement du siècle sous le nom de maladie de Basedow, et désignée plus souvent sous le nom de *goître exophthalmique*, a été décrite comme une entité morbide spéciale caractérisée habituellement par la réunion de trois symptômes étroitement associés : hypertrophie du corps thyroïde, exophthalmie, palpitations. La coexistence de ces trois phénomènes fondamentaux, de cette triade symptomatique, pour parler le langage de l'Ecole, était, il y a peu de temps encore, jugée nécessaire à l'affirmation clinique de la maladie, qui semblait répondre ainsi à un syndrôme constant. Cette opinion avait quelque chose d'excessif et certains auteurs n'ont pas eu de peine à montrer que la maladie pouvait être parfaitement constituée et bien reconnaissable cliniquement, alors cependant qu'un ou plusieurs des phénomènes réputés fondamentaux semblaient faire défaut d'une manière à peu près complète ; ainsi il y aurait des cas où l'on n'observerait exclusivement que l'hypertrophie du corps thyroïde avec ou sans palpitations, d'autres plus nombreux où ces dernières caractériseraient à elles seules toute la maladie ; de plus, on a décrit dans ces derniers temps un certain nombre de phénomènes cliniques, en apparence étrangers à la maladie de Basedow, mais qu'une étude attentive a permis de lui rattacher étroitement, au même titre que les symptômes dits fondamentaux. Ce sont ces faits, dans lesquels l'expression clinique de la maladie est atténuée, diminuée, effacée pour ainsi dire, et dans lesquels elle s'éloigne ainsi de son type classique, que l'on a désignés sous le nom de cas *frustes*, en appliquant à la maladie un mot emprunté par Trousseau au langage des archéologues et qui est devenu d'un usage courant en pathologie, quand il s'agit de caractériser une affection dont le cadre symptomatique reste plus ou moins à l'état d'ébauche.

La thèse de M. Marie est consacrée à l'étude de ces faits peu connus encore, et particulièrement à l'étude de quelques symptômes insolites dont l'importance et même le lien pathogénique avec la maladie semblent avoir été méconnus jusqu'à présent. Au nombre de ces symptômes, il place au premier rang l'existence d'un tremblement particulier déjà entrevu par Trousseau, signalé depuis par d'autres observateurs et qui semble être à peu près constant. La forme de ce tremblement est variable. Tantôt il est généralisé à tous les muscles, tantôt il se montre partiel et localisé à une ou plusieurs des extrémités. Peu accusé dans un certain nombre de cas, il peut

dans d'autres devenir assez intense pour gêner les mouvements et notamment l'exercice de la marche. L'étude graphique de ce tremblement, faite avec soin par M. Marie, fait ressortir la différence assez appréciable qui le sépare de certaines autres variétés de tremblements mieux connues et qu'on rencontre chez les alcooliques ou chez les malades atteints de paralysie générale et de paralysie agitante. L'interprétation pathogénique en est difficile, et M. Marie pose, sans la résoudre, la question de savoir s'il s'agit là d'un tremblement analogue à ceux des états purement névropathiques tels que l'hypochondrie, l'hystérie, ou bien si ce phénomène présente quelque chose de spécial dans sa nature.

A côté du tremblement, phénomène remarquable par sa constance, viennent se ranger un certain nombre d'autres symptômes bizarres et sans relation apparente au premier abord avec la maladie principale. Ainsi chez quelques malades on a noté des troubles plus ou moins marqués de l'appareil digestif : chez les uns, c'est une diarrhée survenue sans cause et qui ne s'accompagne pas de coliques ; chez d'autres, c'est une augmentation morbide de l'appétit allant jusqu'à la boulimie. Dans une autre catégorie de faits, ce sont les troubles nerveux qui dominent : insomnie persistante, apparition de sueurs continuelles et sans cause apparente. Dans quelques observations, on a signalé une toux sèche, persistante, quinteuse, et même de véritables accès d'angine de poitrine.

Ces différents phénomènes ne se montrent pas toujours à l'état isolé; ils ont été rencontrés simultanément chez le même malade, ainsi qu'il ressort d'une des observations rapportées par M. Marie.

Enfin, signalons encore d'autres phénomènes qui peuvent prendre place dans la symptomatologie de la maladie de Basedow, plus rarement que les précédents, il est vrai. Telles sont certaines manifestations cutanées, urticaire, vitiligo, taches pigmentaires ou bien des troubles psychiques et des accidents d'ordre convulsif et même des modifications de la fonction urinaire.

On voit par cet aperçu combien cette symptomatologie est complexe et combien elle dépasse la conception des premiers observateurs qui avaient de propos délibéré limité le cadre de la maladie à trois phénomènes dont l'existence, loin d'être nécessaire, n'est même pas constante.

Après avoir signalé ces faits et montré ainsi sous quels aspects multiples la maladie de Basedow peut se présenter, après avoir fait ressortir le lien pathogénique qui rattache tout cet ensemble et doit éclairer le diagnostic dans les cas *frustes*, M. Marie est porté naturellement à chercher une théorie générale à laquelle on puisse les rapporter. Tout d'abord il est évident que l'ancienne hypothèse qui attribuait le goître exophthalmique à un trouble fonctionnel du grand sympathique ne saurait plus suffire aujourd'hui, cette théorie, née de l'expérience mémorable de Claude Bernard, étant bonne tout au plus à rendre compte du goître et de l'exophthalmie et non des troubles si multiples que nous avons énumérés plus haut. Pour expliquer cet ensemble de manifestations si multiples, il faut de toute nécessité invoquer une cause plus générale que M. Marie placerait volontiers dans un état particulier du système nerveux, état analogue sinon identique à celui qu'on retrouve au fond de la plupart de ces affections singulières appelées *névroses* et dont l'hystérie est le type. Cette modalité pathologique spéciale du système nerveux est d'ailleurs susceptible elle-même d'être engendrée par des causes nombreuses et très diverses en apparence, émotions morales, traumatismes violents, hérédité morbide directe ou indirecte, dont les unes agissent en imprimant au système nerveux une modalité pathologique particulière, dont les autres jouent le rôle de simples causes occasionnelles.

La maladie de Basedow serait donc une *névrose* dans toute l'acception du terme. Cette manière de voir, que M. Marie semble donner comme conclusion à son étude, nous paraît légitime, et d'ailleurs elle est conforme à la remarque si juste et si profonde de Moreau (de Tours) qui comparait le nervosisme à un arbre dans lequel les différentes affections nerveuses sont comme les rameaux émanés d'un tronc commun.

Dr P. MUSELIER.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Chairou est mort subitement, samedi dernier, pendant sa consultation. C'était un des praticiens les plus répandus de Paris.

* * *

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Lundi dernier, l'Académie des sciences a pourvu au remplacement de M. Jules Cloquet dans la section de médecine et de chirurgie. Sur 58 votants, M. Charcot a obtenu 46 suffrages et M. Sappey 12.

La médecine, depuis longtemps frappée d'ostracisme à l'Institut, a eu comme une revanche dans cette forte majorité donnée à son représentant.

* * *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'assemblée des professeurs a voté la permutation demandée par M. Pajot de la chaire qu'il occupe à celle qui est devenue vacante par suite du décès de M. Depaul.

— Jeudi dernier, 15 novembre, la Faculté de médecine a arrêté dans l'ordre suivant la liste de présentation des candidats à la chaire de pathologie interne : En première ligne, M. Damaschino; en deuxième ligne, M. Dieulafoy; en troisième ligne, M. Grancher.

— *Clinicat*. — Un concours s'ouvrira désormais à la Faculté de médecine de Paris, au mois de juillet de chaque année, pour tout emploi de chef de clinique qui sera vacant à cette époque ou au mois de novembre.

* * *

CHOLÉRA. — D'après des chiffres officiels, le choléra, dans la première semaine de son apparition à la Mecque, c'est-à-dire du 14 au 21 octobre dernier, a fait 240 victimes. De ce nombre se trouve un honorable confrère, le docteur Kadrieff, médecin sanitaire à Médine, qui avait accompagné la caravane venue de cette ville à la Mecque.

* * *

La commune de plein exercice de Jemmapes (Algérie) demande un docteur en médecine.

Appointements fixes : 3,000 francs.

* * *

HOTEL DIEU. — *Clinique médicale*. — M. le professeur G. Sée a commencé le cours de clinique le lundi 12 novembre, à 9 h. 1/4, et le continuera tous les vendredis et lundis.

Les leçons de ce semestre seront spécialement consacrées à l'étude des maladies du poumon.

Tous les mercredis, expériences de physiologie et démonstrations anatomiques.

— *Conférences d'anatomie pathologique*. — M. Rémy, chef de laboratoire, agrégé, commencera ses cours dans l'amphithéâtre du laboratoire de la Charité (semestre d'hiver), à partir du 22 novembre et les continuera tous les jeudis.

Comme les années précédentes, cet enseignement sera surtout pratique. Il consistera en autopsies, exhibition de pièces anatomiques, reconnaissance des lésions par les assistants et explications théoriques de leurs caractères propres et diagnostiques.

Les notions les plus nécessaires d'histologie seront données à l'aide de projections lumineuses et d'examens au microscope.

***

ENSEIGNEMENT LIBRE. — *Gynécologie et syphilis.* — M. le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours clinique le mercredi 21 novembre à neuf heures et le continuera tous les mercredis, à la même heure.

Gynécologie opératoire. — M. le docteur Pozzi, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours le lundi 26 novembre, à neuf heures et demie, et le continuera les lundis et vendredis, à la même heure.

MM. les étudiants en médecine, pour assister à ces deux derniers cours, recevront une carte qui leur sera délivrée par M. le directeur de l'hôpital.

— *Maladies des voies urinaires.* — Le docteur Duhuc, ancien interne des hôpitaux, commencera ce cours le mardi 20 novembre, à cinq heures, amphithéâtre no 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

***

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 3 novembre 1883, M. Fontan (Antoine-Emile-Jules), médecin de première classe, a été nommé médecin professeur.

***

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Par décret en date du 27 octobre, un terrain appartenant à l'Etat, sis à Paris, en bordure des rues de l'Observatoire, des Chartreux et Michelet, est affecté à titre définitif à l'Académie de médecine, qui entrera en possession dudit emplacement dès qu'il sera possible de transférer le service de chimie de la Faculté des sciences à la Sorbonne.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 2 AU JEUDI 8 NOVEMBRE 1883.

Fièvre typhoïde 30. — Variole 5. — Rougeole 11. — Scarlatine 0. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 34. — Dysentérie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 50. — Phthisie pulmonaire 162. — Autres tuberculoses 5. — Autres affections générales 60 — Malformation et débilité des âges extrêmes 51. — Bronchite aiguë 38. — Pneumonie 73. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 54, — au sein et mixte 28. — Inconnu 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 93. — de l'appareil circulatoire 47. — de l'appareil respiratoire 66. — de l'appareil digestif 45 — de l'appareil génito-urinaire 28. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 962 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie. ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



54e année. 6e série. Tome V. N° 47 24 NOVEMBRE 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 22 novembre 1883.

LE CHOLÉRA. — RAPPORTS DE LA COMMISSION FRANÇAISE ET DE LA COMMISSION ALLEMANDE CHARGÉES DE FAIRE DES RECHERCHES SUR LE CHOLÉRA EN EGYPTE. — RAPPORT DU DÉLÉGUÉ RUSSE. — ETAT ACTUEL DE L'ÉPIDÉMIE EN EGYPTE ET A LA MECQUE.

Nos lecteurs ont trouvé, dans le dernier numéro des COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, un exposé sommaire des recherches de la commission française sur le choléra en Egypte. Nous avons attendu la publication de ce document pour en rapprocher le rapport de la commission allemande qui a opéré sur le même terrain que nos savants et courageux compatriotes. Deux études de ce genre sont propres à s'éclairer et à se contrôler réciproquement.

Ce qui frappe tout d'abord, en lisant les deux rapports, c'est le nombre considérable de points sur lesquels ils sont en accord parfait. De part et d'autre, même méthode de recherches : autopsies pratiquées à une époque très rapprochée de la mort, de manière à éviter les complications inséparables des phénomènes de putréfaction; examen rigoureux des organes, du sang, des déjections des cholériques; tentatives de culture des divers microbes dont la présence a été constatée; tentatives d'inoculation des mêmes microbes à des animaux de différente espèce. De part et d'autre même esprit de sage réserve dans l'interprétation des faits observés et l'aveu modeste qu'on est loin d'avoir trouvé la solution du problème étiologique du choléra.

Il est deux points seulement à propos desquels les deux rapports offrent une légère divergence, et le contrôle réciproque qu'ils permettent d'établir l'un à l'égard de l'autre ne fait qu'accentuer le caractère négatif des résultats obtenus.

M. Koch, sans établir de relation de cause à effet entre les bacilles trouvés dans les parois intestinales des cholériques et le développement de la maladie, tend cependant à accorder une assez grande importance à la présence de ces micro-organismes, car, suivant lui, la constatation qu'il vient d'en faire ouvre désormais la voie aux recherches ultérieures.

Les commissaires français ont observé aussi le bacille noté par M. Koch, mais moins constamment que ne l'admet le médecin allemand. Il a fait défaut, entre autres, dans trois cas de choléra foudroyant, c'est-à-dire dans des circonstances où, s'il était véritablement la cause de la maladie, sa présence devrait se révéler avec le plus de netteté.

Par contre, nos compatriotes ont trouvé dans le sang des cholériques de petits articles très pâles, allongés, étranglés en leur milieu, qu'ils tendent à considérer comme des micro-or-

FEUILLETON

NOTIONS SUR LES SUBSTANCES EXPLOSIVES D'INVENTION MODERNE ET SUR LES BLESSURES QU'ELLES PRODUISENT. (Extraits d'une conférence faite à la Société française de secours aux blessés le 23 mai 1883 par le docteur S. Pozzi, membre du Conseil.)

Suite. — Voir les numéros 45 et 46.

CINQUIÈME SECTION.

FULMINATES.

L'acide fulminique, qui est ici le corps comburant, a été découvert en 1800 par Howard.

On prépare ces sels par l'action de l'alcool sur un azotate de mercure, or, argent, etc. Le corps ainsi obtenu peut être considéré comme résultant de la combinaison de l'oxyde métallique avec l'acide fulminique formé lui-même de cyanogène et d'oxygène.

Le fulminate de mercure — le plus important de tous — est une poudre jaunâtre quand elle est pure; grisâtre lorsqu'elle présente un commencement d'altération. Cette teinte est due à la présence de petits globules de mercure libre. Le fulminate de mercure détone à 180o. En outre, sa sensibilité extrême au choc l'a fait utiliser pour la fabrication des amorces. La capsule fulminante a produit, on le sait, une véritable révolution dans l'art de la guerre; en substituant le tir régulier des fusils à percussion au tir incertain des fusils à pierre. Même perfectionnement pour l'artillerie avec les étoupilles fulminantes. Mais la violence de cet agent n'a pas permis de le substituer à la poudre à canon pour les armes. En revanche, on l'utilise pour faire éclater des torpilles et, dans les mines, pour faire détoner la dynamite et le fulmi-coton.

Le fulminate de mercure est très dangereux à manier : toutefois on peut faire disparaître le péril en l'humectant. Avec 30 pour 100 d eau, le choc et le frottement restent sans effets sur lui.

C'est grâce à cette précaution qu'Orsini put transporter sans accident, de Londres à Paris, les 500 grammes de fulminate de mercure qui lui servirent à commettre son attentat le 14 janvier 1858.

Trois bombes avaient été lancées sur le passage de la voiture

ganismes. M. Koch n'a rien observé de pareil; il déclare n'avoir vu aucun micro-organisme dans le sang des cholériques, et son affirmation, rapprochée de l'impossibilité où ont été les commissaires français de cultiver le prétendu microbe, contribue puissamment à accroître les doutes sur la nature de cet infiniment petit.

Ainsi, en complétant l'un par l'autre les deux rapports, on arrive à cette conclusion que les recherches dont le choléra vient d'être l'objet à Alexandrie n'ont rien enlevé du voile qui couvre encore la pathogénie du redoutable fléau. Nous avons payé chèrement, en ce qui nous concerne, de si minces résultats. Est-ce à dire qu'il faille regretter la mission confiée à nos jeunes savants? Non certes, car un enseignement se dégage toujours, à quelque donnée que l'on arrive, d'investigations dirigées par l'amour de la science et de la vérité, et il est incontestable que les recherches ultérieures auront à tenir le plus grand compte de celles dont nous venons de parler. Honorons donc la mémoire de Thuilier, dont la mort glorieuse réveille dans l'esprit cette pensée : Heureux ceux qui meurent jeunes! Rendons aussi hommage à ses courageux compagnons d'étude qui, sur le terrain de la lutte scientifique comme en face de l'épidémie, ont si dignement représenté la science française; et, puisque le choléra n'a pas encore livré le secret de sa nature, redoublons d'activité et de persévérance pour le lui arracher.

— Le gouvernement russe, à l'exemple des gouvernements français et allemand, avait envoyé une délégation en Egypte pour étudier le choléra. Le délégué moscovite, M. Eck, s'est moins préoccupé de la nature microbienne que du mode de propagation de la maladie et des mesures sanitaires propres à en prévenir l'extension en Europe. Dans le rapport qu'il a adressé au ministre de l'intérieur de Saint-Pétersbourg, il met hors de doute l'importation du choléra de l'Inde à Damiette, juge sévèrement le défaut de surveillance dont s'est rendu coupable le gouvernement égyptien et couclut à la nécessité d'une réforme dans l'organisation du conseil sanitaire d'Alexandrie. Tous les gouvernements européens sont intéressés à hâter cette réforme.

— Dans sa communication à l'Académie de médecine, M. Fauvel confirme, d'après l'excellente enquête de M. Mahé, l'opinion de M. Eck sur l'importation du choléra à Damiette. Il attribue aussi à une importation indienne l'apparition de la maladie à la Mecque. Enfin il montre que les récentes manifestations du choléra à Alexandrie, faussement interprétées, ne constituent ni un réveil de l'épidémie, ni une démonstration en faveur de l'endémicité du choléra en Egypte, mais sont le résultat de circonstances locales et individuelles. Sans danger pour la population d'Alexandrie, qui jouit actuellement du bénéfice de l'immunité acquise, ces cas relativement stériles pourraient propager par importation la maladie en Europe, et il importe de continuer à prendre des mesures de préservation.

Il est consolant de penser que, pendant que la nature intime du choléra nous échappe, les lois de sa propagation nous sont de mieux en mieux connues et que nous ne restons pas ainsi désarmés contre le terrible fléau. L'hygiène internationale est heureusement en avance sur les progrès de la pathogénie.

Dr F. DE RANSE.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR UN CAS D'APHASIE AVEC INTÉGRITÉ DE LA TROISIÈME CIRCONVOLUTION FRONTALE GAUCHE ET LÉSION DES FAISCEAUX BLANCS SOUS-JACENTS, par MM. F. RAYMOND, agrégé de la Faculté, médecin de l'hospice des Incurables, et G. ARTAUD, interne des hôpitaux.

Depuis les travaux de Dax et Broca, il est généralement admis que l'aphasie est la conséquence d'altérations portant sur la substance grise corticale de la troisième circonvolution frontale gauche. Le très grand nombre de faits publiés de lésions de la troisième frontale gauche, ayant coïncidé avec la perte de la faculté du langage, est le meilleur argument que l'on puisse invoquer en faveur de cette localisation corticale.

Mais de la troisième circonvolution frontale part un faisceau de fibres blanches qui traverse le segment antérieur de la capsule interne, en avant du faisceau moteur des membres, occupe dans le pédoncule la partie la plus interne et s'arrête au bulbe. Ce faisceau, que Pitres, dans sa nomenclature du centre ovale, désigne sous le nom de faisceau pédiculo-frontal inférieur, est destiné à assurer les communications entre le centre cortical renfermé dans le pied de la troisième circonvo-

de l'empereur au moment où il arrivait à l'Opéra, rue Le Peletier. Elles avaient la forme d'un petit œuf d'autruche un peu aplati aux deux extrémités. Elles étaient en fonte très cassante et se composaient de deux parties réunies par un pas de vis pratiqué dans l'épaisseur de leurs parois. Chacune d'elles contenait environ 135 grammes de fulminate et présentait à sa partie inférieure 25 cheminées munies de capsules, destinées à enflammer le contenu. Dans ce point, la fonte était plus épaisse et forçait le projectile à tomber sur quelqu'une des cheminées. Les bombes furent pour ainsi dire réduites en poussière; le plus gros fragment retrouvé pesait 100 grammes et avait pénétré dans le corps d'un cheval.

La voiture impériale avait été atteinte par 76 fragments; les deux chevaux qui composaient l'attelage avaient reçu environ 40 blessures, ceux de l'escorte 125 et l'on a compté 511 plaies sur le corps des 156 victimes qu'on a pu observer, sans compter, bien entendu, celles qui se sont soustraites aux recherches. D'après ce chiffre, il est facile de calculer que les 3 bombes ont dû se diviser en 700 ou 800 morceaux.

Tardieu, qui nous a transmis tous ces détails dans la relation médico-légale complète qu'il a laissée de l'attentat, a en outre décrit successivement l'état de chaque blessé (1). Voici quelques détails empruntés à son émouvant rapport :

Il y avait des lésions de tout genre. Les unes étaient constituées par de simples plaies des téguments sous lesquels les fragments anguleux de fonte s'étaient creusé leur voie avec une violence que leur petitesse ne semblait pas justifier. Chez d'autres sujets, les projectiles avaient traversé les muscles, dénudé ou fracturé les os, ouvert les articulations. Un blessé avait eu la verge et les deux cuisses traversées. Une petite fille de douze ans portait une plaie pénétrante de poitrine située au-dessus du mamelon gauche. Sur les neuf personnes qui succombèrent, trois étaient atteintes de fractures du crâne avec lésion du cerveau, et chez une d'entre elles on trouva le fragment de métal logé dans la substance cérébrale. Toutes ces plaies étaient irrégulières, déchiquetées, à bords inégaux, frangés. Les désordres profonds étaient hors de toute proportion avec l'ouverture faite à la peau, et Tardieu manifeste à diverses

(1) ANNALES D'HYG. PUBL. ET DE MÉD. LÉGALE, t. IX, 1858, et *Étude médico-légale sur les blessures*, Paris, 1879, p. 298-341.

lation frontale et la périphérie; si les fibres de ce faisceau sont détruites, les voies de communication sont interrompues, la section du conducteur équivaut à la destruction du centre, et l'aphasie en est la résultante.

Les faits d'aphasie par lésion des fibres blanches sous-jacentes à la troisième circonvolution frontale gauche sont aujourd'hui nombreux. *Pitres*, qui les a signalés un des premiers, en rapporte douze dans sa thèse sur les lésions du centre ovale (observations 18, 19, 21, 25, 26, 27, 28, 38, 39, 40, 98, 105).

Dans ses *Études cliniques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux* (1879), *de Boyer* donne trois cas inédits : un personnel (observ. 63 de la thèse de Boyer) et deux recueillis par Richet dans le service de M. le professeur Charcot (obs. 65 et 72 de la même thèse).

En compulsant les bulletins de la Société anatomique, on trouve consignées les observations suivantes :

De Boyer (Soc. anat., 11 mai 1877);
Decaudin id. octobre 1875) ;
Bulteau id. avril 1877 ;
Dejérine id. janvier 1879.

Vulpian (*Clinique de la Charité*, 1879) cite, page 585, un cas d'aphasie avec intégrité de la circonvolution de Broca, mais ramollissement du noyau lenticulaire ayant détruit une partie de la capsule externe et de la capsule interne (segment antérieur).

Nous empruntons à Grasset (*Des localisations dans les maladies cérébrales*, p. 23 et 24), les deux faits suivants :

Ringrose Atkins (BRITISH MED. JOURN., mai, 78) : Hémiplégie droite et embarras de la parole ; sylvienne gauche en partie oblitérée et foyer sur les deux tiers inférieurs de la pariétale ascendante gauche ; autre foyer dans la profondeur du centre ovale, commençant sous le lobe frontal (à deux pouces un quart du sommet du lobe).

A les (thèse de Montpellier, 1879) : Aphasie développée progressivement ; abcès dans la corne frontale gauche antérieure, ayant détruit les fibres blanches dans l'endroit correspondant à la projection, en dedans, de la troisième frontale gauche.

A cette liste des faits publiés, nécessairement incomplète, nous ajouterons le fait suivant, recueilli cette année à l'hospice des Incurables d'Ivry.

OBSERVATION. — *Aphasie et glossoplégie. — Foyers de ramollissement sous-corticaux, multiples, coupant le pied de la pariétale ascendante, de la frontale ascendante et de la troisième frontale gauche.* (Observation recueillie par M. Demelin, externe du service.)

L... (Henriette), âgée de quarante-sept ans, cartonnière, entre le 22 juillet à l'infirmerie de médecine, salle Sainte-Geneviève, lit n° 34.

Les renseignements obtenus sur cette malade sont les suivants : en mai 1882, elle a eu une attaque avec perte de connaissance et convulsions épileptiformes à droite. A la suite de cette attaque, *hémiplégie droite avec contracture et aphasie*, la malade n'ayant à sa disposition que les mots « oui » et « non »; affaissement intellectuel de plus en plus prononcé. Depuis ce moment-là aussi, la sœur de la salle a remarqué que la *malade remuait assez difficilement la langue*, qu'elle était longue à manger et qu'elle toussait fréquemment en avalant.

Le 22 juillet 1883, nouvelle attaque avec perte de connaissance, convulsions dans le bras et la jambe gauches, dans la moitié gauche de la face. Les convulsions durent une heure environ. En même temps, déviation conjuguée des yeux et de la tête à droite. Le coma s'établit peu à peu et dure toute la journée du 22. Le 23 au matin, la connaissance est à peu près complètement revenue et l'on peut alors se livrer à un examen plus détaillé.

La malade est *aphasique ;* elle n'a aucun mot à sa disposition. La langue n'est pas déviée, mais elle semble collée au plancher de la bouche, et quand on dit à la malade de la sortir hors de la bouche, *elle ne peut pas le faire.*

L'orbiculaire des paupières se contracte normalement des deux côtés ; pas de strabisme ni de paralysie de la troisième paire. Le réflexe pupillaire est conservé ; toutefois la pupille gauche est plus dilatée et moins mobile que la pupille droite.

Les muscles de la face ont conservé tous leurs mouvements, d'un côté comme de l'autre ; il n'y a pas de déviation des traits, et la piqûre de l'épingle est partout perçue.

Déviation de la tête à droite, sans participation des yeux.

Le *bras droit* est en contracture ; l'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras, le poignet est libre dans ses mouvements ; les premières phalanges sont étendues sur les métacarpiens, tandis que les deuxièmes et les troisièmes sont fléchies. On ne peut déterminer les réflexes tendineux ; mais, en essayant d'étendre les phalanges, on provoque un tremblement rhythmique de la main et de l'avant-bras. La sensibilité, dans ses divers modes, paraît diminuée ; le membre est amaigri, sans autre trouble trophique.

La *jambe droite* est atteinte de contracture en extension, et l'on

---

reprises son étonnement à la vue des épanchements de sang considérables, des ecchymoses étendues résultant de petites plaies sans gravité apparente. De simples piqûres, qui avaient à peine attiré l'attention au moment de l'accident, s'entourèrent au bout de quelques jours d'un cercle ecchymotique de 12 à 15 centimètres, et il suffisait parfois d'une étroite blessure placée sur un point du bras ou de la jambe pour amener une coloration bleuâtre du membre tout entier. Il ne se rendit bien compte de ces faits qu'en pratiquant l'autopsie des victimes qui succombèrent ; il constata alors *de visu* la dilacération des masses musculaires et la déchirure des vaisseaux produites par de petits éclats de fonte dont les dimensions n'étaient réellement pas en rapport avec les accidents qu'ils avaient causés.

Le fulminate de mercure est encore responsable d'une autre catastrophe dont aucun de vous n'a perdu le souvenir : l'explosion de la rue Béranger. Au n° 22 de cette rue se trouvait un magasin de jouets d'enfants où étaient accumulés des pistolets et canons qui détonent au moyen d'amorces en papier, c'est-à-dire de petites parcelles de fulminate déposées sur un carré de papier spécial, ordinairement rouge, que nous avons tous vus entre les mains des petits garçons qui jouent au soldat.

« Le 15 mai 1878, à huit heures du soir, une détonation semblable à un coup de canon retentit.

« Une maison à six étages s'était effondrée et renversée sous le choc formidable résultant de l'explosion des gaz subitement formés par la détonation des amorces fulminantes.

« Le sol avait tremblé, comme secoué par un tremblement de terre. Les vitres volaient en éclats, en même temps qu'une épaisse fumée emplissait toute la place du Château-d'Eau et les alentours. Les habitants du quartier s'enfuyaient, l'effroi était à son comble.

« Bientôt le feu éclata. Le combustible des cuisines mis en contact par l'effondrement de la maison avec les matières inflammables produisit un incendie sans flammes, mais accompagné d'une fumée noire et intense. A neuf heures seulement, on put approcher de cet horrible amas de décombres fumants et procéder au sauvetage des malheureux ensevelis vivants sous ces débris amoncelés et en retirer les morts. Pendant la nuit et la journée du len-

ne peut que difficilement fléchir la jambe sur la cuisse. La sensibilité à la piqûre est conservée, mais amoindrie. Atrophie musculaire, surtout au mollet. Réflexe patellaire exalté et trépidation spinale par le relèvement du pied. Pas de lésions trophiques cutanées.

Le *côté gauche* est le siége d'une hémiplégie intéressant le bras et la jambe et respectant la face; un peu de contracture de la jambe sur laquelle on détermine assez facilement de la trépidation. Mouvements réflexes déterminés par l'excitation de la peau de la jambe ou de la plante du pied. Diminution générale de la sensibilité.

Les urines renferment beaucoup d'*albumine*; le cœur paraît sain, ainsi que le poumon.

Le 24, l'état est le même; la déviation de la tête persiste, ainsi que l'aphasie.

Le 25, l'hémiplégie gauche a presque disparu; la malade peut remuer le bras et la jambe.

Le 26, le coma reparaît et la malade succombe dans la nuit du 26 au 27.

AUTOPSIE. — Nous ne rapporterons que l'état des centres nerveux.

Cerveau droit. — Artères athéromateuses; méninges peu adhérentes, excepté au niveau du pied de la frontale et de la pariétale ascendante, où il existe un petit foyer d'hémorrhagie méningée, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

Sur des coupes transversales très rapprochées, faites d'avant en arrière, on reconnaît l'existence d'un ancien foyer de ramollissement ayant environ trois centimètres de hauteur sur deux de largeur et occupant le noyau lenticulaire du corps strié, l'avant-mûr et la capsule externe. La capsule interne n'est pas intéressée.

Cerveau gauche. — Foyer de ramollissement ancien sur le lobule pariétal supérieur. *Circonvolution de Broca intacte, ainsi que l'insula.* Sur des coupes transversales, d'avant en arrière, foyer de ramollissement très étendu, intéressant en dedans le noyau lenticulaire et la capsule interne, et sectionnant en dehors et en bant les pieds de la pariétale ascendante, de la frontale ascendante et de la troisième circonvolution frontale.

Protubérance. — A la face inférieure de la protubérance, à un centimètre environ du bord inférieur, on trouve un petit foyer hémorrhagique de la grosseur d'un pois. Sur des coupes transversales, on s'aperçoit que ce petit foyer occupe la moitié antérieure de la pyramide motrice droite.

Bulbe et moelle. — Asymétrie de la moitié gauche du bulbe qui est atrophiée; dégénérescence du faisceau pyramidal croisé et du cordon de Türck.

Dans le fait qui précède, l'hémiplégie droite et l'aphasie étaient sous la dépendance d'un vaste foyer de ramollissement central, occupant le noyau lenticulaire du corps strié et la capsule interne et ayant sectionné le pied des circonvolutions frontale ascendante, pariétale ascendante et troisième circonvolution frontale gauche. A l'aphasie se joignait de la glossoplégie, symptôme fréquent dans les affections cérébrales et qui reconnaît comme substratum anatomique une lésion du tiers inférieur de la frontale ascendante. Bien que l'association de ces deux symptômes soit très intéressante, nous n'y insisterons pas davantage ici, devant revenir sur ce point dans une étude ultérieure.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

TRAVAUX FRANÇAIS

(Suite. — Voir le numéro 44.)

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS SES RAPPORTS AVEC LA FOLIE, par le docteur MARANDON DE MONTYEL. (*Annales médico-psychol.* mai 1883).

La fièvre typhoïde engendre des délires *pertyphiques*, c'est-à-dire qui évoluent durant son propre cours, et des délires *postyphiques*, qui surviennent après sa terminaison.

Les délires pertyphiques, subdivisés en *délires initiaux*, *délires de la période d'état*, *délires de la convalescence*, sont toujours curables. Les délires postyphiques sont généralement incurables.

La fièvre typhoïde est rare chez les aliénés. Chez eux, elle améliore ou guérit les cas curables, laisse intacts ou aggrave le plus souvent les cas chroniques. C'est par une action substitutive que la fièvre améliore ou guérit la folie.

DE LA CONDUITE A TENIR QUAND ON EST CONSULTÉ PAR UN SUJET QUI SE CROIT MENACÉ DE FOLIE PARCE QU'IL EST ISSU DE PARENTS ALIÉNÉS, par le docteur BILLOD. (*Annales méd. psychol.* mai 1883).

Intéressante question de déontologie médicale que le docteur Billod a soulevée dans une des séances de la Société médico-psychologique, et qu'on a résolue, d'une façon générale, en admettant que le devoir du médecin en pareil cas, était de ras-

---

demain, on dégagea les blessés et les morts. Quinze personnes environ furent trouvées mortes et quarante blessées.

« D'après la déclaration de M. Mathieu, le gérant de M. Blanchon, le magasin de la rue Béranger contenait 800 grosses de capsules amorces. En tenant rigoureusement compte de la proportion du fulminate qui rentre dans ces engins, on comprend aisément l'effondrement épouvantable qui s'est produit (1). »

« On trouva dans les décombres, dit M. Brouardel dans un intéressant mémoire (2), le corps de la femme du gérant du magasin, Mme Mathieu, entièrement nu: il ne restait des vêtements que les bas maintenus par leurs jarretières et déchirés par places et quelques fragments d'une passementerie en laine qui servait d'ornement au pardessus.

« Le corps portait dans toute son étendue des traces de brûlures, caractérisées par un aspect noirâtre presque général, l'induration de la peau et des phlyctènes presque confluentes sur les épaules, les bras, les avant-bras, mais non entourées d'un cercle rouge. Ces désordres rappellent ceux qu'on observe chez les individus frappés de la foudre.

« L'examen du sang au spectroscope n'a pas révélé la présence de l'oxyde de carbone; il possédait toutes les réactions du sang normal. Cette particularité s'explique aisément. Mme M... n'a pas respiré dans un foyer de combustion ou du moins n'a fait qu'une ou deux inspirations. Elle a été presque foudroyée. Les experts attachés à la direction des salpêtres déclaraient que la déflagration d'un demi-kilogramme de fulminate de mercure pouvait suffire pour élever la température de 2,500 degrés centigrades dans le magasin presque instantanément. Dans une telle atmosphère, la vie a dû être immédiatement impossible.

« Au moment de l'explosion, une autre victime, S... était dans sa loge au rez-de-chaussée, de l'autre côté de la rue Béranger, en train de dîner. L'explosion a détruit la fenêtre de la chambre.

« La face est couverte par une large brûlure diffuse du premier et du second degré.

(1) *Année scientifique et industrielle*, 1878, par Louis Figuier.

(2) *Etude médico-légale sur la combustion du corps humain*, par P. Brouardel (ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, deuxième série, t. L, 1878, p. 515 à 533).

surer autant que possible son client, alors même qu'il ne partageait pas complétement lui-même la confiance qu'il exprime pour l'avenir.

Il est permis de se rallier à cette manière de voir, mais la question présente des côtés bien plus dignes d'intérêt, qui, malheureusement, n'ont pas été signalés dans la discussion. Qu'on cherche à rassurer un sujet qui se croit, à tort ou à raison, entaché d'hérédité, tout en faisant certaines réserves, rien de mieux, et il y a là une question d'humanité qui s'impose; mais ne vaudrait-il pas mieux au lieu de cette réponse empirique et la même pour tous, s'appuyer sur de véritables données scientifiques, en cherchant à élucider les lois qui président à l'hérédité non seulement dans l'aliénation mentale en général, mais aussi dans les diverses formes d'aliénation mentale? Il est certain, en effet, que toutes les aliénations ne sont pas héréditaires au même degré ni de la même façon. Telle ne crée, chez les descendants, aucune prédisposition fâcheuse, au moins à la folie proprement dite; telle autre se traduit par une dégénérescence rapide de la race; telle autre enfin par une mortalité plus grande et pour ainsi dire spécifique dans le bas âge, par une prédisposition *nerveuse, vésanique, cérébrale*; en un mot, chacune a pour ainsi dire ses lois de transmission, qu'il s'agit de déterminer. Pour répondre à un descendant d'aliénés qui veut savoir s'il est menacé ou non de folie, il faut non seulement se préoccuper de le rassurer, mais encore savoir à quel genre d'aliénation on a affaire, et, quelles sont, dans la race, les suites habituelles de ce genre d'aliénation. Il sera permis alors de rassurer le sujet à bon escient, ou, tout en atténnant les signes de mauvais augure, de faire porter les conseils sur les points les plus importants en vue de prévenir les manifestations de l'hérédité.

La paralysie agitante examinée comme cause de folie, par le docteur Paraut. (*Annales méd. psychol.*, juillet 1883).

Dans un article récent, paru dans l'*Encéphale*, M. Ball avait appelé l'attention sur l'insanité dans la paralysie agitante. M. Paraut a étudié la même question et est arrivé à des conclusions à peu près analogues, qu'il résume de la façon suivante:

1o La folie proprement dite se rencontre quelquefois au cours de la paralysie agitante; elle peut présenter des formes variables, mais la dépression prédomine habituellement.

2o Cette folie est due probablement à l'extension vers le cerveau des lésions de la moelle, ou à la formation de lésions isolées émanant des mêmes causes que la maladie principale.

Des guérisons tardives dans la folie, par le docteur J. Luys (l'*Encéphale*, no 3, 1883).

Les débats qui ont eu lieu, en 1882, devant l'Académie de médecine, au sujet des rapports du divorce et de la folie, ont soulevé quelques questions subsidiaires, au nombre desquelles on peut ranger celle des guérisons tardives dans la folie. A l'appui de sa conclusion en faveur du divorce pour cause de folie, M. Luys avait affirmé que l'aliénation mentale pouvait être considérée comme incurable après quatre ans de démence confirmée chez les hommes, et après cinq ans chez les femmes. Là-dessus, on prit parti pour ou contre. Certains auteurs comme M. Rousseau, s'appuyant sur des données statistiques relatives à une population de 1,400 malades, en avaient retiré des résultats favorables à l'opinion de M. Luys, tandis que d'autres, comme M. Blanche et M. A. Giraud, s'étaient efforcés de citer des cas de guérison de folie survenue après 10, 12 13 ans et plus de durée. L'article de M. Luys, que nous signalons, a justement pour but de réfuter la valeur des cas rapportés par M. Giraud, en montrant qu'ils sont incomplets et sans signification précise. M. Luys persiste donc, malgré les arguments cliniques qu'on lui a opposés et dont il a cherché à faire justice, dans les conclusions qu'il avait formulées précédemment.

(A suivre.)

Dr E. Régis.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Cinquante-sixième réunion des naturalistes et des médecins allemands

tenue à Fribourg du 18 au 23 septembre 1883.

Section de médecine

Suite — Voir les numéros 43, 45 et 46.

— *Discussion sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par les préparations salicylées.* — M. Bæumler, de Fribourg, rend compte des résultats obtenus à la clinique de cette ville, avec les

« Au moment où l'air enflammé a été projeté sur sa face, S... a énergiquement contracté les muscles du front et de l'orbite, il s'est ainsi formé des plis de la peau au niveau des rides habituelles. Les parties profondes de ces rides n'ont pas été aussi atteintes que les parties superficielles; il en résulte sur le front des traînées de peau saine et autour des yeux des lignes rayonnantes à peu près intactes.

« L'œil gauche (visite du 16 mai) est complètement perdu : la cornée est opaque, la conjonctive boursouflée par un chémosis rouge. La vision est abolie. L'œil droit est moins profondément atteint : la cornée n'est intacte qu'à sa partie inférieure. La conjonctivite est moins intense; la vue est trouble, mais non abolie. La figure et la main droite sont criblées par la projection d'éclats de verre réduits en fine poussière. Le bas du visage a été protégé par cette main qui, au moment où S... a été atteint par le feu, portait un morceau de pain à la bouche.

« (Visite du 15 juin). La cornée des deux yeux a subi une fonte purulente. Les deux yeux sont en suppuration; la cécité est absolue.

M. Brouardel a examiné la femme P..., concierge du numéro 20, soignée à l'Ecole du Commerce, rue Amelot.

« La peau du nez, le pourtour des lèvres, des paupières, sont brûlés au premier degré.

« La contraction des muscles peauciers au moment de l'accident a déterminé comme chez S... des plis rayonnés dont les parties saillantes sont brûlées, dont les parties profondes sont intactes. Les cheveux des régions frontales et temporales sont brûlés. »

(A suivre.)

Un cas de longévité dans le corps médical. — On sait que, dans les tables de mortalité dressées suivant les professions, les médecins occupent un rang des plus inférieurs. Il y a cependant des exceptions à cette loi et l'on en trouve plus d'un exemple au sein même de nos académies. Rares néanmoins sont ceux qui parviennent à la limite atteinte par le docteur Jackimovicz, de Jarvszinka dans le gouvernement de Kiew. Cet honorable confrère russe est mort à l'âge de 106 ans et, presque jusqu'à son dernier jour, aurait pu suffire aux exigences d'une importante clientèle.

préparations salicylées appliqués au traitement du rhumatisme articulaire aigu. Sur 179 malades ainsi traités (92 hommes et 87 femmes), 154 en étaient à leur première atteinte de rhumatisme. Le traitement consista dans l'administration du salicylate de soude par prises de 0 gr. 50 à 1 gr. répétées toutes les deux ou trois heures. Chez les hommes qui n'avaient jamais eu d'attaque antérieure, le mouvement fébrile s'apaisa au plus tôt dès le premier jour du traitement, au plus tard le vingt-sixième jour, dans la moyenne des cas du troisième au quatrième jour. Chez les femmes de cette même catégorie, la cessation de la fièvre eut lieu du premier au quarante-neuvième jour du traitement, dans la moyenne des cas entre le quatrième et le cinquième jour (4,8). Dans les 65 autres cas (récidives), la durée du mouvement fébrile exprimée en jours fut en moyenne de 2,8 chez les hommes, de 4,2 chez les femmes.

L'auteur, dans ses conclusions, insiste sur la valeur spécifique de la médication salicylée dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ; cependant, comme tous les cliniciens qui ont expérimenté cette médication, il a rencontré des cas où celle-ci n'a fait qu'atténuer les manifestations rhumatismales, et d'autres cas où ces manifestations, après s'être dissipées une première fois, ont reparu, malgré qu'on continuât l'administration du salicylate de soude. De même encore, il a constaté que l'emploi de cette médication ne prévient pas les complications cardiaques.

M. Weil, de Heidelberg, a obtenu des résultats analogues. Dans un cas de rhumatisme articulaire aigu survenu après une atteinte de fièvre typhoïde, il a vu se produire une dyspnée menaçante, à la suite de l'administration de faibles doses de salicylate de soude.

M. Fick cite également un exemple de dyspnée développée par l'administration du salicylate de soude, et qui se dissipa trente-six heures après qu'on eut suspendu la médication.

M. Bæumler aussi a vu l'une ou l'autre fois une dyspnée *légère* survenir en même temps que de la rougeur et de la sueur de la face, chez des rhumatisants traités par le salicylate de soude. Une seule fois il a observé une dyspnée grave : c'était chez une femme gravide affectée d'un érysipèle de la face, qui se termina par la mort.

M. Riegel a été témoin d'un cas de dyspnée grave chez un rhumatisant soumis à la médication salicylée. Pour lui, cette dyspnée est d'origine cardiaque.

— *Traitement du rhumatisme articulaire chronique par l'électricité*, par M. Seeligmuller (de Halle). L'application du pinceau électrique (mis en communication avec le pôle négatif de l'appareil) sur les articulations frappées de rhumatisme chronique constitue, selon l'auteur, un moyen de guérison prompt, sûr et durable. Dans la forme polyarticulaire maligne, il conseille d'employer concurremment la galvanisation (avec des électrodes humides), les bains chauds, les applications de houe sur les articulations, les injections sous-cutanées d'acide phénique dans le voisinage des jointures.

— *Démonstration de préparations histologiques relatives à un cas de névrome multiple de la moelle et des nerfs périphériques*, par M. Heudenlang, de Fribourg.

Nous nous bornerons à donner l'indication des travaux des autres sections du Congrès.

Section de laryngologie et de rhinoscopie.

Sur certaines questions litigieuses de rhinologie, par le docteur Gottstein (de Breslau). — (L'auteur soutient que certains œdèmes circonscrits de la face sont le fait d'une excitation des vaso-dilatateurs, ayant son point de départ dans une excitation de la muqueuse des fosses nasales.)

— *Sur les tumeurs adénoïdes des fosses nasales*, par le docteur Lange (de Copenhague).

— *Sur la nomenclature des tumeurs bénignes de la muqueuse des fosses nasales*, par le docteur Hopmann (de Cologne).

— *Du traitement du goître*, par le docteur Schmidt (de Francfort).

— *Du traitement de l'angine phlegmoneuse avec les pastilles de gayac*, par le même. — (L'auteur attribue une action spécifique à cette médication employée à temps.)

— *Du traitement de la blennorrhée nasale fétide avec affection des sinus avoisinants*, par le docteur Hartmann (de Berlin).

— *Des manifestations névralgiques qui accompagnent les affections du pharynx*, par le docteur Hack (de Fribourg).

— *Du traitement local du catarrhe chronique du pharynx et du larynx au moyen du nitrate d'argent*, par le docteur Heller (de Nuremberg).

— *De l'oblitération de la cavité nasale gauche due à une saillie du cartilage de la cloison*, par le docteur Hartmann (de Berlin).

— *De la mycose tonsillaire*, par le docteur Hering (de Varsovie).

— *De la paralysie du muscle crico-arythénoïdien postérieur*, par le docteur Koch (de Luxembourg).

— *Du traitement de la tuberculose du larynx*, par le docteur Schmidt (de Francfort).

Section d'anatomie, de physiologie et d'anthropologie.

Sur l'os intermédiaire du tarse chez les mammifères et chez l'homme, par M. Bardeleben (d'Iéna).

— *Préparations histologiques représentant des coupes transversales de muscles aurifiés, provenant d'un supplicié*, par M. Flesch (de Berne).

— *Myologie comparée des oiseaux*, par M. Fürbringer (d'Amsterdam).

— *Sur la fente maxillaire latérale*, par M. Albrecht (de Bruxelles).

— *Sur deux espèces différentes de variations corrélatives du squelette de la face chez l'homme*, par M. Kollmann (de Bâle).

— *Nouvelles recherches sur l'anatomie comparée des organes électriques et des nerfs*, par M. Fritsch (de Berlin).

— *Préparations histologiques relatives au développement de la chorde, du blastopore et du feuillet embryonnaire moyen des amphibies*, par M. O. Hertwig (d'Iéna).

— *Nouvelles recherches embryogéniques sur le développement des veines abdominales*, par le professeur His (de Leipzig).

— *Développement de la langue et du thymus chez l'embryon humain*, par le même.

— *Des stades de développement du feuillet péritonéal des larves d'amphibies*, par MM. Solger et Strasser.

— *Sur la base du crâne des mammifères*, par M. Albrecht.

— *Sur la signification morphologique des osselets de l'oreille moyenne, des articulations du maxillaire inférieur et des dérivés de l'arc viscéral*, par le même.

(A suivre.)

E. Ricklin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 novembre 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

Détermination des causes qui diminuent la réceptivité de certaines régions de l'organisme, pour le virus du charbon bactérien ou symptomatique, et transforment une inoculation mortelle en inoculation préventive. Note de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, présentée par M. Bouley.

En inoculant à des bœufs et à des moutons le virus du charbon symptomatique, les auteurs ont constaté, comme M. Willems l'a-

vait fait pour le virus de la péripneumonie contagieuse chez le bœuf que les microbes insérés dans le tissu conjonctif sous-cutané de la région coccygienne ne produisent pas les désordres qu'ils engendrent dans les autres régions du tronc et la partie supérieure des membres. On avait expliqué ce fait par la densité du tissu conjonctif de cette région; les expériences des auteurs tendent à prouver qu'à cette cause il faut ajouter l'infériorité de la température de l'extrémité de la queue à celle du reste du corps de l'animal. En effet, en chauffant ou en refroidissant la queue des animaux en expérience, ils ont pu aggraver ou atténuer les effets de l'inoculation. Ils en concluent, au point de vue des inoculations préventives :

1° Que les saisons tempérées seront les meilleures pour pratiquer les inoculations préventives; 2° que l'on doit s'en abstenir en été; 3° que si l'on est obligé d'inoculer pendant l'hiver, on aidera au succès en maintenant les animaux, durant les premiers jours, dans l'atmosphère chaude des étables.

Sur la provenance du soufre difficilement oxydable de l'urine. Note de MM. R. Lépine et G. Guérin, présentée par M. Vulpian.

M. Künckel (*Pflüger's Archiv*, Bd. XIV, p. 352), a émis l'idée que le soufre incomplètement oxydé que l'urine renferme, comme on sait, d'une manière constante, provient en partie de la taurine. L'un de nous, en collaboration avec M. Flavard, a étayé cette hypothèse par un certain nombre de faits (*Comptes rendus*, 27 décembre 1880). et plus récemment M. le professeur Voit en a admis l'exactitude.

Depuis nos premières recherches, nous avons fait faire un progrès à l'étude de cette question en montrant que *tout* le soufre incomplètement oxydé que renferme l'urine ne se comporte pas de même en présence du chlore, ou mieux du brome (1), qu'une partie est complètement oxydée par l'un et l'autre de ces agents (soufre facilement oxydable), tandis que l'autre, la plus grande en général, ne l'est que par la calcination en présence du nitrate de potasse et de la potasse (soufre difficilement oxydable). C'est dans cette partie réfractaire à l'action du brome que se trouve le soufre d'origine biliaire. Nous avons démontré ce fait que la stabilité bien connue de la taurine et de ses dérivés rendait *à priori* fort vraisemblable, par de nombreuses expériences faites sur le chien, dans lesquelles, en rendant plus abondante la quantité de bile résorbée, nous augmentions considérablement le soufre difficilement oxydable de l'urine (*Revue de Médecine*, 1881, page 924 et suivantes).

Nous avons d'ailleurs explicitement indiqué (*ibid.*, 1881, p. 1003) qu'une partie du soufre difficilement oxydable a une autre origine. Entre autres preuves, nous apportons aujourd'hui la suivante :

Chez une chienne à fistule biliaire *complète* et qui était dans l'impossibilité de lécher sa fistule, nous avons à plusieurs reprises pratiqué le dosage du soufre et de l'azote de l'urine.

Ces analyses ont montré que, malgré la fistule biliaire complète, il y avait une notable proportion de soufre difficilement oxydable; donc ce dernier ne provient pas exclusivement de la bile.

Les faits cliniques confirment cette manière de voir, car il résulte de nos dosages, extrêmement nombreux, que l'urine renferme, par rapport à l'azote et au soufre total, une forte proportion de soufre difficilement oxydable dans beaucoup d'états pathologiques où il n'y a aucun motif pour supposer que la production et la résorption du *soufre biliaire* soient augmentées : ainsi dans certaines pneumonies, dans divers états cachectiques, dans l'intoxication saturnine aiguë sans ictère.

(1) Voir, relativement à la préférence à accorder au brome, et non au chlore, la *Revue de Médecine*, 1881, p. 925, en note.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend : 1o des lettres de candidature de MM. Siredey, Bouchard, pour la section de pathologie médicale, et Queirel (de Marseille), pour le titre de correspondant; — 2o une note de M. le docteur Durand (de Marseillan), intitulée : *De l'influence des revaccinations en masse sur un début d'épidémie de variole* (Com. de vaccine); 3o une lettre de M. le docteur Burq en réponse à la note, communiquée dans la dernière séance par M. Bochefontaine, sur la préservation cuprique; — 4o une nouvelle note de M. Bochefontaine sur le même sujet; — 5o une relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le 7e cuirassiers, à Paris, par M. Bourgeois, médecin-major.

Travaux présentés. — *Hygiène des Européens dans les pays intertropicaux*, par M. Maurice Nielly. — Diverses brochures de M. Degive sur des sujets de médecine vétérinaire. — *Les champignons*, par M. Sicard.

— M. le Président souhaite la bienvenue à M. Rochard, présent à la séance.

M. Rochard demande la parole pour remercier l'Académie des marques de sympathie et d'intérêt qu'elle lui a données et surtout ceux de ses collègues qui, grâce à leurs soins éclairés et dévoués, l'ont mis à même de reprendre ses travaux. De l'accident, dit-il, qui a failli me coûter la vie, il ne reste aujourd'hui que deux choses : un peu de plomb dans le côté droit de la poitrine, et, dans le côté gauche, un cœur plein de reconnaissance.

— M. Colin (d'Alfort) prend la parole pour une question de priorité, à l'occasion du rapport de M. Peter sur le prix Portal. Le mémoire couronné avait trait à la pathologie du système lymphatique.

Le résumé qu'en a fait M. Peter, paraît à M. Colin, pécher à deux points de vue; d'une part, il présente, à titre de simples probabilités, des choses parfaitement démontrées; d'autre part, il laisse à penser que ces choses démontrées sont propres à l'auteur du mémoire ou qu'elles appartiennent au domaine public. Or M. Colin, rappelant quelques uns de ses travaux, croit avoir démontré expérimentalement le rôle des vaisseaux lymphatiques dans les absorptions purulentes et le rôle des ganglions à titre de réceptacles de conservateurs temporaires, de régénérateurs et de destructeurs des agents virulents.

— M. Queirel (de Marseille) donne lecture d'une note sur l'ictère de la grossesse. Cette note se termine par les conclusions suivantes :

Il faut en arriver à la division de Darnes et admettre :

1o Un ictère de début de la grossesse lié à un état morbide du canal alimentaire ;

2o Un ictère de la fin de la grossesse dû à la compression des conduits excréteurs ;

3o Enfin un ictère pouvant se rencontrer à toutes les époques de la grossesse et dû à une maladie du foie lui-même qui, elle aussi, est sous l'influence de l'état gravide.

— M. Fauvel donne lecture d'une note sur le choléra en Egypte. Voici les conclusions de ce travail :

1o Les prévisions émises dans ma communication du 24 juillet, dit M. Fauvel, ont été sanctionnées par les événements;

2o Le rapport de M. le docteur Mahé tranche, dans le sens de l'affirmative, la question de l'importation du choléra à Damiette;

3o Les récentes manifestations de choléra à Alexandrie, à partir du 18 octobre, n'annoncent pas une reprise de l'épidémie éteinte partout en Egypte, mais étaient seulement des cas dus à des circonstances locales et individuelles sans action sur la masse de la population protégée par l'immunité qu'elle a acquise.

En revanche ces cas, stériles en Egypte, peuvent propager le choléra en Europe par importation.

4o L'apparition du choléra à La Mecque, plusieurs années de suite, parmi les pèlerins, n'est pas en contradiction avec la loi de l'immunité, attendu que le personnel du pèlerinage se renouvelle chaque année, tandis que la population fixée au pays souffre peu.

5o Le retour des pèlerins contaminés, peu redoutable pour l'Égypte, serait, par leur passage dans le canal de Suez, dangereux pour l'Europe si des mesures de préservation ne sont pas prises convenablement.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour la lecture du rapport sur les candidats dans la section des associés libres. La liste de présentation adoptée par la commission porte : en première ligne, M. de Quatrefages ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Durand-Claye, Féville, Magitot, de Ranse, Worms.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 novembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Verneuil met sous les yeux de la Société une rotule provenant de la collection de M. Lancereaux et lit l'observation recueillie par M. Gibson, interne de service. Il s'agit d'un tuberculeux qui, pris d'un accès de délire, se fracture la rotule en tombant dans la salle. On constate au début une fracture transversale avec un écartement d'environ un centimètre; il y a un épanchement abondant. Le malade, transporté de suite dans son lit, est traité d'abord par l'emploi répété de vésicatoires. Dix-neuf jours après l'accident, un bandage silicaté est appliqué, mais le malade succombe le 67e jour aux progrès de la tuberculose. En examinant la pièce, on peut observer en avant la présence de six fragments osseux réunis par un cal osseux interfragmentaire.

M. Verneuil fait encore observer que le malade a guéri sans ponction d'un épanchement très tenace. Du reste, dans sa longue pratique, il n'a jamais eu l'occasion de faire cette opération.

M. Verneuil, voulant montrer à la Société un exemple des témérités de quelques chirurgiens de notre époque, lit une observation empruntée au 2e fascicule du tome XXVIII des *Archives de chirurgie allemande*. Le chirurgien allemand, en présence d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, ouvrit l'articulation et sutura les extrémités osseuses. Une violente inflammation en fut la conséquence, et l'on dut pratiquer la résection. Le malade guérit avec une gêne marquée des mouvements. Malgré ce résultat peu encourageant, l'auteur se montre disposé à recommencer. Ce fait, ajoute M. Verneuil, n'a pas besoin de commentaires.

M. Berger vient d'examiner la rotule qu'a présentée M. Verneuil et pense qu'il s'agit d'une fracture comminutive, qui, on le sait, a moins de tendance à l'écartement. Ce fait expliquerait peut-être la présence d'un cal osseux, car pour la fracture transversale il n'existe qu'un cas de consolidation osseuse au musée Dupuytren. Pour ce qui est de la suture osseuse, l'auteur est peu disposé à intervenir. Il a eu l'occasion d'observer, cette année, à la Charité, un homme qui marchait bien avec un écartement considérable. Il faudrait en tout cas ne jamais intervenir au début, mais attendre des mois et peut-être des années pour se prononcer sur la gêne fonctionnelle.

M. Nicaise veut faire les mêmes réserves que M. Berger. Il s'agit là d'une fracture par écrasement et, en tout cas, pour admettre le cal osseux, il faudrait pratiquer une coupe verticale de la rotule.

M. Nicaise voudrait savoir ce qu'on a trouvé dans l'article, car il a observé des cas où le caillot primitif persistait pendant un temps plus ou moins long. Il y a là un point intéressant à connaître.

M. Verneuil prévoyait l'objection qu'on vient de lui faire. Or, il n'a présenté cette rotule que pour montrer une pièce rare et aussi pour prouver incidemment qu'avec une simple gouttière on pouvait obtenir de bons résultats. Enfin l'on sait que la fracture transversale est la plus rare, et que c'est surtout des fractures comminutives que l'on rencontre dans la pratique. Si le traitement par la suture venait à prévaloir, ne serait-on pas exposé chaque jour à suturer des fragments comme ceux-ci, qui se réunissent seuls au 67e jour ? Pour ce qui est de l'épanchement, M. Verneuil ne peut donner de réponse affirmative, mais en raison de sa fréquence il est probable qu'il existait.

M. Pozzi tient à dire à la Société que le cas où il a opéré était exceptionnel, et que, s'il est partisan de la suture tardive, il ne saurait admettre d'une façon générale ce mode d'intervention dans les fractures récentes.

— M. Lucas-Championnière lit un rapport sur des observations d'hystérectomie envoyées à la Société par MM. Queirel (de Marseille) et Fort (du Brésil). Le rapporteur tient tout d'abord à donner son opinion sur la réduction du pédicule dans le ventre. Contrairement à M. Terrillon, il pense que ce procédé n'est pas entré dans la pratique courante. Spencer Wells, entre autres, le laisse en dehors. M. Lucas-Championnière cite les cas de sa pratique et déclare qu'il est partisan du procédé extra-péritonéal. La pratique de MM. Terrier et Perrier plaide encore en faveur de cette manière de voir.

M. Queirel a eu trois succès sur cinq par ce procédé.

M. Fort a eu deux morts sur trois et il a rentré le pédicule. Certes il y a des réserves à faire, car la présence d'adhérences peut empêcher la sortie de ce pédicule.

M. Queirel donne comme indications opératoires l'existence de troubles généraux, l'hémorrhagie, enfin l'accroissement rapide de la tumeur ; mais, selon le rapporteur, l'auteur trouve l'opération trop facile et il rapproche trop le pronostic de l'affection de celui de l'ovariotomie. Or toute comparaison est impossible, car le kyste ovarique progresse toujours et le corps fibreux peut disparaître, notamment sous l'influence d'une grossesse. Il en résulte que dans le premier cas on doit opérer dès que le diagnostic est posé et que dans le deuxième il faut attendre l'explosion des accidents. De plus, le pronostic opératoire est impossible à établir et bien souvent on observe après l'opération des accidents réflexes formidables.

M. Lucas-Championnière pense encore que, moins on enlève de tissu utérin, plus la malade a de chances de guérir. Or M. Queirel pense le contraire. Cette divergence d'opinions repose du reste sur une différence de pratique.

M. Pozzi pense que les dangers du procédé intra-péritonéal sont les suivants : 1o chance d'hémorrhagie ; 2o présence dans le péritoine d'un moignon utérin difficile à résorber. Quant au mode de ligature, il semble que c'est à la ligature élastique qu'on doit se rallier. Pour le spray, il paraît abandonné en raison du refroidissement qu'il produit dans la cavité péritonéale.

M. Gilette trouve l'hystérectomie une mauvaise opération, sauf dans le cas de volume considérable de la tumeur, d'hémorrhagie et de douleur. Il est aussi peut-être excessif d'adopter le procédé extra-péritonéal, car il est important d'éviter les tiraillements : donc, si on le peut, il est préférable de rentrer le pédicule. L'auteur n'est partisan du premier procédé que pour les cas favorables. Il ne saurait enfin accepter la ligature élastique d'une manière générale, car elle a l'inconvénient de couper trop vite les tissus.

M. Terrier trouve que le danger est plus grand dans la ligature intra-péritonéale ; il a opéré trois malades en laissant le pédicule dehors ; il a eu trois succès. Mais il avoue qu'une règle est difficile à poser, et il faudra toujours distinguer les cas d'hypertrophie totale ou partielle. Pour ce qui est du pédicule, il ne se résorbe pas, mais s'organise. C'est donc surtout l'hémorrhagie qu'il faudra craindre. Quant au spray, il l'a toujours employé : le péritoine, fermé par la tumeur et les éponges, a peu de tendance à se refroidir.

M. Pozzi dit qu'en parlant de la résorption il a eu surtout en vue la ligature élastique. Pour le spray, il affirme qu'il est abandonné par Hégar et quelques autres. Les craintes de M. Gillette sur la rapidité de section dans la ligature élastique semblent exagérées, car, dans trois cas, le fil est tombé du douzième au treizième jour.

M. Lucas-Championnière : M. Terrier a raison de dire qu'il n'y a pas de règle absolue. J'ai dit seulement, d'après la pratique d'autres chirurgiens, que le procédé extra-péritonéal semblait le meilleur. Du reste, j'ai rentré une fois le pédicule, ce qui prouve mon éclectisme. La ligature élastique n'est employée que peu, sauf par Hégar et quelques autres chirurgiens. L'auteur ajoute qu'il fait toutes ses opérations sous le spray et qu'il n'a jamais eu d'accidents.

M. Gilette a dit que l'hystérectomie était une mauvaise opération : non, certes, mais elle a de nombreuses contre-indications ; c'est une bonne opération, mais dans certains cas. Pour la question du pédicule, M. Championnière n'a pas assez de cas pour la juger; son impression est favorable au procédé extra-péritonéal, mais il pourra changer.

— Les élections pour les commissions de prix ont donné les résultats suivants :

1° Prix Duval. — MM. Marjolin, Perrier, Richelot, Pozzi, Monod.

2° Prix Demarquay. — MM. Verneuil, Delens, Tillaux, Marchand, Le Fort.

3° Prix Laborie. — MM. Chauvel, Polaillon, Nepveu, Terrier, Gillette.

4° Prix Gerdy. — MM. Reclus, Terrillon, Després, Sée, Lannelongue.

— La séance est levée à cinq heures.

Picqué.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

Sur le traitement médical des affections calculeuses. — Les maladies des voies urinaires présentent certaines particularités que l'on trouverait difficilement ailleurs. Il y a, entre les divers organes dont l'ensemble constitue l'appareil excréteur de l'urine, une solidarité absolue, et cependant, par suite des nombreuses différences qui touchent à leurs rapports, à leur rôle et à leur constitution anatomique, les affections de ces divers organes paraissent le plus souvent isolées et indépendantes. Quelle ressemblance, en effet, y a-t-il entre un calcul de la vessie et la pyélite ? Cette dernière maladie est du ressort exclusif de la médecine, tandis que la première est au premier chef une affection chirurgicale.

L'indépendance symptomatique ou clinique semble avoir pour corollaire nécessaire l'indépendance thérapeutique. Il y a cependant entre l'une et l'autre une relation étroite, un rapport de causalité.

Le rein est l'origine et le point de départ de tout. Que le liquide filtré par lui soit chargé de molécules solides et insolubles, cet état se manifestera à un moment ou à un autre par des accidents variés et nombreux. Les néphrites produites par cette cause sont rares sans doute, mais les coliques néphrétiques, c'est-à-dire le symptôme le plus constant de l'irritation des uretères par des graviers ou petits calculs, ne le sont pas. Si ces graviers ont présenté une ténuité telle que leur passage dans l'uretère a été facile et n'a donné lieu à aucun phénomène douloureux, cela ne veut pas dire que tout est fini.

En effet, que ces atomes uratiques et phosphatiques s'agglomèrent pendant leur séjour dans la vessie, nous aurons presque aussitôt de la cystite et plus tard des calculs.

Sans doute il serait difficile de trouver contre un processus aussi long et aussi complexe une règle de thérapeutique invariable, mais il y a une indication formelle dont la négligence peut avoir des résultats désastreux.

Dès qu'un premier avertissement attire notre attention du côté du rein, il faut prévenir par tous les moyens possibles ses altérations, entraver méthodiquement la formation des calculs et en besoin combattre les accidents qui l'accompagnent.

Nous avons pour cela des agents éprouvés : l'acide benzoïque et le bromure de lithium, par exemple.

En les combinant comme l'a fait M. Rocher dans les pilules qui portent son nom, à la quinine, à la cinchonine et à la cinchonidine, on arrive à remplir les indications que nous formulions plus haut. L'avantage de cette préparation, c'est qu'elle est applicable à la plus grande partie des affections de cette nature et à toutes les époque de leur évolution. Elle rendra même de sérieux services dans les accidents inflammatoires et contre la fièvre urineuse qui les accompagne souvent.

Dr Delmis

FORMULAIRE

Remèdes contre les engelures.

1° Rec. Collodion.... 40 parties.
Iode métallique..... 1 —

M. s. a. Un badigeonnage tous les jours. A employer lorsque la peau n'est pas encore ouverte, au siége des froidures.

2° Rec. Précipité blanc. 4 parties.
Onguent rosat.. 40 —

M. s. a. On étend une certaine quantité de cette pommade sur un linge qu'on applique ensuite sur les engelures, en manière de pansement.

On peut employer encore la pommade suivante :

3° Oxyde de zinc..... 2 parties.
Oxymel rosat..... 20 —

M. s. a.

E. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La fécondité de la librairie médicale augmente tous les jours et dans de telles proportions qu'il devient impossible aux bibliographes même les plus zélés de se tenir au courant. Le *reviewer* en est réduit parfois, pour remplir convenablement sa mission, à faire une sorte d'*olla podrida*, dans laquelle bien des productions hétérogènes se trouvent rapprochées. Je m'y résigne, et j'en prends mon parti :

Dimidium facti qui cœpit habet,

a dit Horace. Aussi, tout en courant le risque de donner un démenti au poëte, je commence quand même.

I. — Prenant pour point de départ d'un travail d'ensemble sur les effets des piqûres d'abeilles (1) deux intéressantes observations qui lui ont été communiquées par MM. Franzini (de Pavie) et Pignacca (de Brianza), M. le professeur Alfonso Corradi a recherché dans les annales de la science les faits les plus graves ou les plus curieux occasionnés par les blessures de ces hyménoptères. Il a groupé ces faits en plusieurs catégories, suivant que les piqûres d'abeilles ont eu pour objet des hommes ou des animaux, suivant qu'il en est résulté une gué-

(1) *Osservazioni di punture di api susseguite da fenomeni gravi e straordinari*, in-8 de 48 pages. Milan, 1882.

rison rapide, ou bien des phénomènes sérieux, ou même la mort. Cette analyse pleine d'érudition constitue une œuvre importante. Je signalerai toutefois à l'auteur une petite addition à faire. On ne prête qu'aux riches.

Aux trente-neuf observations reproduites ou résumées par M. Corradi, aurait pu s'ajouter un fait relaté dans la GAZETTE MÉDICALE en 1875, p. 476, par M. F. de Ranse et relatif à la piqûre de l'œsophage par une guêpe qui avait été avalée avec de la bière et avait occasionné des phénomènes généraux et une éruption confluente d'urticaire.

II. — M. le docteur H. Sénac, médecin à Vichy, vient de nous donner une seconde édition de son travail, épuisé depuis plusieurs années, sur le *Traitement des coliques hépatiques* (1). Vingt-trois années d'une pratique assidue n'ont fait que fortifier en M. Sénac la conviction que la lithiase biliaire et les coliques hépatiques ne constituent qu'une des phases évolutives de cet état morbide général connu sous le nom d'arthritisme et que M. Sénac, qui en poursuit depuis longtemps l'étude d'une manière spéciale, propose d'appeler *diathèse congestive*.

Avant d'aborder la question du traitement, l'auteur expose rapidement les symptômes et l'étiologie de la colique hépatique. La partie thérapeutique comprend d'abord le traitement de l'accès (dans cette seconde édition, M. Sénac a donné de plus grands développements à la question des injections hypodermiques de morphine), puis le traitement de la congestion hépatique; enfin un appendice considérable est consacré au traitement de la cholélithiase par les eaux de Vichy.

III. Sous ce titre : *Contribution à l'étude clinique de l'hémoptysie considérée dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire*, nous est arrivé, de la Faculté de médecine de Montpellier, un travail critique très important et très bien écrit (2), dû à M. le docteur Georges Giret. On doit habituellement s'attendre à un succès bien moins brillant quand on se contente du rôle de critique que lorsqu'on traite un sujet original quelconque. Et cependant ce rôle de juge, s'il paraît plus modeste, n'en est pas moins difficile, surtout quand on est obligé de cumuler les fonctions successives de juge d'instruction, de procureur et de président de cour d'assises.

Bien poser la question, l'apprécier et prononcer un jugement sans appel, cela est toujours méritoire.

Ce que M. Ricklin a fait relativement à cette prétendue *anémie pernicieuse*, ce que M. Florain faisait l'an dernier pour l'anémie des mineurs (Thèse de Bordeaux, juillet 1882), M. Georges Giret l'a entrepris pour un sujet beaucoup plus banal en apparence, et par cela seul bien plus complexe.

De son étude et de son enquête si consciencieuse, il a fait ressortir les conclusions suivantes :

« 1° Il n'y a pas de rapport nécessaire entre l'hémoptysie et la phthisie pulmonaire. Il y a, dans la proportion d'une moitié, des hémoptysies sans phthisie et des phthisies sans hémoptysie. 2° Quand l'hémoptysie est liée à la phthisie, c'est comme symptôme, jamais comme cause directe. 3° Seule, elle ne suffit pas à diagnostiquer des tubercules. Même accompagnée d'autres symptômes fâcheux, il est des cas, bien que rares, où, pour affirmer qu'elle est tuberculeuse, il faut attendre la marche des événements. 4° L'hémoptysie tuberculeuse se montre assez souvent avant tout autre symptôme; commune à la première période, rare à la deuxième, elle reprend de la fréquence à la troisième. 5° Elle n'est presque jamais grave comme fait; elle est grave comme signe. Surtout compliquée de fièvre, elle peut annoncer une évolution rapide de la maladie. 6° Le plus souvent elle n'a pas d'influence funeste; elle est plutôt indifférente, et quelquefois salutaire. Certaines formes de phthisie, la forme arthritique notamment, paraissent s'accommoder facilement d'hémoptysies. Quant à l'hémoptysie thermale, elle peut avoir ses bienfaits, qu'il sera toutefois prudent de ne jamais lui demander. 7° La durée de la phthisie avec hémoptysie n'est pas plus courte que celle de la phthisie sans hémoptysie. »

(*A suivre*).

PAUL FABRE (de Commentry).

(1) Clermont-Ferrand et Paris (librairie Lechevalier), 1 vol. in-8 de xxvii-288 pages.

(2) Montpellier, Hamelin frères, in-4 de 70 pages.

VARIÉTÉS

CORRESPONDANCE

Paris, le 20 novembre 1883.

Monsieur le rédacteur,

Le dernier numéro de la *Gazette médicale* publie, dans ses comptes rendus de l'Académie des sciences, l'extrait d'une note, venue de Stockholm, dont l'auteur, M. Axel Lamm, afin de prouver que le cuivre ne peut rien pour la prophylaxie du choléra, cite ce fait que, dans l'épidémie de 1853, on fit, en Suède, un très grand usage d'une petite plaque de cuivre, et que non seulement cette application ne donna aucun résultat, mais aussi fut souvent dommageable pour la peau de ceux qui y eurent recours, et *non sans danger*, à cause de l'absorption possible du vert-de-gris formé à sa surface.

L'argument est vraiment aussi mince et d'aussi peu de surface que la plaque en question. Hahnemann, seul, a la responsabilité d'avoir conseillé un pareil moyen, et dit à l'appui, dans la BIBLIOTHÈQUE DE GENÈVE (année 1840), « qu'en Hongrie on s'y était préservé du choléra en portant une médaille de cuivre ».

Les procédés que j'ai préconisés en vue de la prophylaxie sont tout autres. Tandis que la préservation cuprique *professionnelle* est, *pour le choléra*, aujourd'hui indéniable, *assise sur le roc*, ainsi que je le disais dans la dernière séance de la Société de biologie, la préservation *provoquée* n'est, elle encore, je le répète, qu'une *espérance*. Mais si elle est possible, comme je persiste fermement à le croire, on ne saurait l'obtenir qu'au prix d'une imprégnation cuprique *très sérieuse*. Sur les voies et moyens, l'expérience n'a point encore prononcé.

L'exemple de l'infortuné Thuilier, qui n'avait fait usage que d'une préparation insoluble — 6 à 7 grammes en tout de bioxyde de cuivre, en basant nos calculs sur les renseignements qu'a bien voulu nous fournir M. Nocard, — alors même qu'il eût fait tout le nécessaire, n'aurait pas plus de valeur contre la préservation cuprique que le cas d'un individu pris encore de la variole après avoir été bien et dûment vacciné. Mais ce que l'on peut dire en toute assurance, c'est que ce n'est point avec des plaquettes comme celles dont parle M. Lamm que l'on peut espérer jamais obtenir l'imprégnation cuprique voulue pour se mettre dans les mêmes conditions que les ouvriers en cuivre qui furent toujours épargnés par le choléra.

Veuillez agréer, mon cher confrère, etc.

Dr V. BURQ.

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — Le célèbre gynécologue Marion Sims vient de mourir subitement à New-York à l'âge de 66 ans. Il avait fondé

dans cette ville un hôpital pour les maladies des femmes, ce qui ne l'empêchait pas de venir tous les ans passer plusieurs mois à Paris, où sa renommée d'habile chirurgien lui attirait de nombreux clients, surtout parmi la colonie étrangère.

***

CHOLÉRA. — Le choléra sévit cruellement dans plusieurs grands centres de la Chine, entre autres à Pékin, Moukden, Fou-Tchéou, Shanghaï, etc.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret du 17 novembre 1883, M. le professeur Pajot est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique d'accouchements.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Sont maintenus dans les fonctions de maîtres de conférences, pendant l'année scolaire 1883-1884, à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Bordeaux :

MM. Lefour (accouchements); — Carles (chimie et pharmacie; — Bergonié (physique); — Périer (histoire naturelle).

M. Princeteau est nommé prosecteur d'anatomie; MM. Conil et Edon sont nommés aides d'anatomie; M. Rochon-Duvignaud est nommé préparateur du laboratoire d'histologie.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Demon, agrégé, est maintenu, pour l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de chargé de cours d'anatomie.

M. Wertheimer, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1883-1884, du cours de physiologie, en remplacement de M. Laffont, appelé à d'autres fonctions.

M. Delplanque, bachelier ès science et ès lettres, est nommé aide-préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Berquet, démissionnaire.

M. Lhomme est maintenu, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de préparateur de chimie organique.

M. Leroy, agrégé, est nommé chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Perret, agrégé, est chargé provisoirement du cours de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Vinay, dont la délégation est expirée.

M. Cénas, aide d'anatomie, est délégué, jusqu'au prochain concours de prosectorat, dans les fonctions de prosecteur, en remplacement de M. Imbert, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Bouisson, professeur de médecine opératoire, est autorisé à se faire suppléer dans son cours pendant l'année scolaire 1883-1884, par M. Serre, agrégé.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Macé, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1883-1884, d'un cours d'histoire naturelle et botanique médicale.

M. Weiss, agrégé, est chargé du cours de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Michel, décédé.

M. Vuillemin est maintenu, jusqu'au 1er janvier 1884, dans les fonctions d'aide d'histoire naturelle.

***

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Ceshron (Jean-Baptiste), est nommé préparateur du cours de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Berger, dont la délégation est expirée.

M. Royer (Fernand) est nommé préparateur de physique et histoire naturelle, en remplacement de M. Camaret, dont le temps d'exercice est expiré.

***

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Fréhault, professeur de pharmacie est transféré, sur sa demande, dans la chaire de chimie vacante à ladite école, par suite du décès de M. Filhol.

M. Lahéda, professeur de médecine opératoire, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire.

M. Lamic, suppléant d'histoire naturelle, est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle (emploi nouveau).

***

ENSEIGNEMENT LIBRE. — *Clinique des maladies de l'estomac* (hôpital de la Pitié). — M. le docteur V. Audhoui a commencé ses leçons le jeudi 22 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre no 3.

***

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Une décision ministérielle du 19 octobre 1883 règle comme suit le placement des officiers du corps de santé militaire dans les corps de troupes et dans les hôpitaux de l'intérieur et de l'Algérie.

1o Les médecins-majors de troisième classe appartenant à la moitié la plus ancienne du cadre pourront seuls être appelés à remplir les fonctions de chef de service dans les régiments de cavalerie, les bataillons de chasseurs à pied et d'artillerie de forteresse, ainsi que dans les escadrons du train des équipages militaires. Toutefois, les médecins de ce grade et de cette ancienneté, employés dans les régiments d'infanterie et affectés au dépôt du corps lorsqu'il est séparé de la portion principale, seront considérés comme chefs de service et ne passeront dans un des corps précités que sur leur demande;

2o Les médecins-majors de première et de deuxième classe pourront passer alternativement des corps de troupe dans les hôpitaux et des hôpitaux dans les corps de troupe, suivant les besoins du service, et à la suite de demandes qu'ils auront formées et qui seront revêtues de l'avis motivé des chefs de corps et de service, et accompagnées d'un avis favorable du directeur du service de santé du corps d'armée. Ceux de ces officiers du corps de santé qui auront le moins de campagnes seront employés de préférence en Algérie ou en Tunisie;

3o Les demandes de changement de résidence ou d'emploi devront toujours être établies au moment de l'inspection générale du service de santé, et dans les conditions de la note ministérielle du 27 juillet 1883;

4o Les demandes de permutation de gré à gré demeurent soumises, sous peine de rejet, aux prescriptions de la note ministérielle du 18 avril 1875, insérée au JOURNAL MILITAIRE;

5o Les emplois de tout grade qui deviennent vacants dans le gouvernement de Paris sont réservés aux officiers les plus anciens et ayant le plus de campagnes. Ceux qui préféreraient ne pas profiter des avantages de cette décision devront faire parvenir leur renonciation au ministre, par la voie hiérarchique.

Les dispositions des paragraphes 3, 4, 5, sont applicables aux pharmaciens.

Les notes et décisions ministérielles des 22 octobre 1871, 20 janvier, 9 septembre 1876, 6 mars, 18 et 24 avril 1879, et 19 avril 1880, sont abrogées.

— Par décision du ministre de la guerre en date du 7 novembre 1883, la commission de classement du personnel du corps de santé est composée de MM. Légouest, Perrin, Champenois, Colin, Daya, Baudoin, Gaujot, Védrènes, Lévié, Coulier et Péruy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

458. M. Brazier. Considérations anatomiques et cliniques relatives à l'extirpation du sac herniaire au cours de la kélotomie. — 459. M. Bouley. Étude historique, expérimentale et critique de la

taille hypogastrique. — 460. M. Cadet. Du côté sain dans la coxalgie. — 461. M. Iresco. De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur les ostéo-arthrites. — 462. M. Amourel. Des tumeurs fibreuses des grandes lèvres. — 463. M. Albespy. Des lésions de l'orifice mitral chez les ataxiques. — 464. M. Caisé. Eclampsie puerpérale précoce. — 465. M. Jubineau. Etude sur le tabes dorsal spasmodique. Sclérose primitive des faisceaux latéraux. — 466. M. Clament. Du suicide dans quelques formes d'aliénation mentale. — 467. M. Sabourin. Des rapports qui unissent quelques maladies de l'enfant à celles de la mère et réciproquement.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 9 AU JEUDI 15 NOVEMBRE 1883

Fièvre typhoïde 38. — Variole 3. — Rougeole 11. — Scarlatine 0. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 43. — Dysentérie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 1. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 40. — Phthisie pulmonaire 177. — Autres tuberculoses 11. — Autres affections générales 77. — Malformation et débilité des âges extrêmes 45. — Bronchite aiguë 25. — Pneumonie 65. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au hiberon 48, — au sein et mixte 24. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 96. — de l'appareil circulatoire 60. — de l'appareil respiratoire 59. — de l'appareil digestif 56. — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 964 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

VERHANDLUNGEN DES CONGRESSES FÜR INNERE MEDICIN. Zweiter Congress gehalten zu Wiesbaden 18-23 April 1883, par E. Leyden et Emile Pfeiffer, 1 vol. in-8. — Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1883.

UEBER LUNGEN CHIRURGIE. Vortrag gehalten beim zweiten Congress für innere Medicin, erweitert durch eine Uebersicht der gesammten Literatur des Gegenstandes, par Fréd. Mosler, 1 vol, in-8. — Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1883.

JAHRESBERICHT ÜBER DIE FORTSCHRITTE DER THIER-CHEMIE. Band XII über das Jahr 1882, par Rich. Maly, 1 vol. in-8. — Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1883.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS par les eaux sulfureuses et en particulier par les eaux de Cauterets, par le docteur Duhourcau. In-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

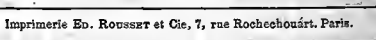
ANNUAIRE GÉNÉRAL DES DENTISTES, publié sous le patronage de la Société syndicale odontologique de France, augmenté d'un mémorial thérapeutique du médecin dentiste, par le docteur Andrieu, 3e année, 1883-84. 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

LA VARIOLE A L'ILE DE LA RÉUNION, ORIGINE, ÉVOLUTION, PROPHYLAXIE, par le docteur Magaé Azéma, 1 vol. in-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

MANUEL DES MALADIES MENTALES, par le docteur Bru, ancien interne de Sainte-Anne. 1 vol. in-18. — Prix : 4 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par le docteur Grolletty, 1 vol. in-8. — Prix : 5 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.



Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

54e année. 6e série. Tome V. N° 48 1er DÉCEMBRE 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Paris, le 29 novembre 1883.

RAPPORT OFFICIEL DE LA MISSION FRANÇAISE CHARGÉE D'ÉTUDIER LE CHOLÉRA EN EGYPTE. — APPLICATION D'UNE NOUVELLE MÉTHODE D'ATTÉNUATION DES VIRUS A LA VACCINATION DES PORCS CONTRE LE ROUGET. — TENTATIVES DE VACCINATION CONTRE LA TUBERCULOSE AU MOYEN DE PRODUITS TUBERCULEUX DONT LA VIRULENCE EST ATTÉNUÉE PAR LA PUTRÉFACTION. — DE LA CONTAGION ET DE L'INFECTION DANS LA THEORIE MICROBIENNE.

Le JOURNAL OFFICIEL du 24 novembre dernier publie le rapport adressé au ministre du commerce par M. Straus au nom de la mission française envoyée en Égypte pour étudier le choléra. Ce document ne diffère que par des détails tout à fait accessoires de la note communiquée par notre confrère à la Société de biologie, et que nous avons publiée *in extenso* dans l'avant-dernier numéro des *Comptes rendus* de cette Société. Nous n'avons donc rien à ajouter à cette note, ni aux réflexions dont elle a été l'objet dans le précédent numéro de la GAZETTE MÉDICALE.

— La nouvelle communication de M. Pasteur sur le rouget du porc a vivement intéressé l'Académie de médecine. Après un juste tribut d'hommages rendu à son jeune et regretté collaborateur Thuillier, le savant chimiste a fait l'historique de la découverte du microbe qui cause le rouget et des recherches entreprises pour prévenir la maladie chez les porcs par l'inoculation d'un virus atténué. Le passage de sa communication relatif aux variations que subissent les virus dans leurs formes et leurs propriétés physiologiques, suivant les conditions des milieux où ils se trouvent, forme une page importante de pathologie générale dans laquelle, au besoin, les partisans de la spontanéité morbide pourront puiser plus d'un argument. M. Pasteur en fait jaillir de suite une conclusion pratique d'une haute portée : celle de l'atténuation des virus, pour faire des inoculations préventives ou des vaccinations, en faisant passer l'agent virulent par certains organismes dont une expérience préalable a déterminé l'espèce. C'est ainsi que le microbe du rouget, par son passage dans l'organisme du lapin, perd de sa virulence pour le porc et devient, chez cet animal, l'agent d'un véritable vaccin.

Ce fait, pour les partisans de l'unicité de la variole et de la vaccine, n'aurait rien de bien nouveau : le virus du rouget du porc s'atténuerait en passant par le lapin, comme la variole humaine, d'après leur manière de voir, s'atténue en passant par le cheval et le bœuf. Mais il faut reconnaître qu'il est mieux établi que ne le sont encore les rapports de la vaccine avec la variole, et il offre ainsi un grand intérêt en ouvrant la voie à des recherches qui peuvent devenir très fécondes.

— Nous sommes moins séduit par une autre méthode d'atténuation des virus expérimentée en Allemagne par M. Falk à propos de l'inoculation de la tuberculose. Notre confrere alle-

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

I. Traditions et superstitions de la Haute-Bretagne, par P. Sébillot. Paris, 1882, 2 vol. in-12. — II. Bibliographie des traditions et de la littérature populaire de la Bretagne, par H. Gaidoz et P. Sébillot, Paris, 1882, in-8. — III. Rebouteurs et Charlatans, par François de Vallières, Mâcon, 1882, in-16. — IV. L'Art médical en Chine, par le docteur comte Meyners d'Estrey, Paris, 1882, in-8. —V. La Crémation et les Funérailles à Rome, par A. Vanderpol, Lyon, 1882, in-8. — VI. La Crémation, par le docteur E. Monin, avec lettre-préface du docteur P. de Pietra-Santa, Paris, 1883, in-8.

L'histoire de la médecine populaire en France est encore à faire. Il existe, sans doute, de très bons matériaux d'essai ; quelques localités de notre pays ont donné lieu à des travaux estimables, mais une histoire d'ensemble nous manque encore, et, chose surprenante, nous connaissons mieux la médecine populaire, la médecine courante des Grecs et des Romains que celle des divers peuples de la Gaule.

J'essaierai peut-être, quelque jour, de publier la préface de cette histoire, ayant rencontré, çà et là, dans les archives de nos dépôts publics, bien des documents curieux, inédits ; en attendant, je me hâte de signaler aux historiens locaux l'ouvrage de M. Paul Sébillot et la bibliographie si intéressante que viennent de publier, dans la *Revue critique*, MM. Gaidoz et Sébillot. Cette dernière n'est point spéciale à la médecine, mais il faudra consulter, avant d'entreprendre notre histoire populaire, un grand nombre d'ouvrages cités par les auteurs.

La brochure de M. de Vallières devrait avoir pour effet d'engager de nouveau tous nos confrères de la province les médecins de campagne surtout, à fouiller dans leurs souvenirs, et, par un jour de bonne humeur, à consigner sur le papier tout ce que la mémoire leur rappelle, sur les rebouteurs, orouscopes, mèges, gaugnes, bailleuls, renoueurs, voyants, remangeous, sorciers, rhabilleurs, etc. L'auteur, mettant à profit plus d'un endroit charmant du livre de l'excellent docteur Munaret, le *Médecin des villes et des campagnes*, a écrit, sans prétentions, une brochure alerte et piquante.

Le résumé de M Meyners d'Estrey nous semble fort exact en ce qui concerne l'ancienne médecine des Chinois proprement dite.

mand s'est proposé de rechercher si, à l'instar des maladies infectieuses, la tuberculose ne récidive pas, ou, sur le terrain expérimental, si une première inoculation de la maladie suivie d'effets confirmés crée une immunité pour des inoculations ultérieures.

Il importait, pour résoudre le problème, d'employer un virus tuberculeux atténué, de manière que l'animal inoculé pût recouvrer la santé et qu'il ne fût pas permis de considérer comme une rechute de la première infection les phénomènes consécutifs à la seconde. Toutes les méthodes généralement employées d'atténuation des virus offrant plus ou moins de difficultés ou d'inconvénients, M. Falk a eu l'idée de faire intervenir la putréfaction pour atténuer la virulence des produits inoculés. Il a donc introduit, dans la cavité péritonéale des animaux en expérience, de petites parties d'un tissu tuberculeux en voie de putréfaction. Il s'est développé, au point d'inoculation, un abcès tuberculeux dont le pus a transmis par inoculation une tuberculose générale à d'autres animaux, mais qui a guéri en passant à l'état de crétification. Après cette guérison de leur tuberculose locale, les animaux en expérience ont été réinoculés avec de la matière tuberculeuse fraîche, et, loin d'avoir créé chez eux l'immunité, la première inoculation semble au contraire avoir accru leur réceptivité pour la seconde infection; les accidents généraux ont marchée en effet plus rapidement que chez les animaux n'ayant pas subi d'inoculation préventive.

Certes, ces recherches ne manquent pas d'intérêt, mais il est difficile d'en tirer une conclusion. La méthode d'atténuation du virus tuberculeux employée par l'expérimentateur prête à des objections graves que lui-même d'ailleurs ne s'est pas dissimulées, mais auxquelles il n'a pu se soustraire. C'est ainsi, par exemple, qu'il reconnaît l'impossibilité de déterminer soit la qualité, c'est-à-dire le degré d'atténuation, soit la quantité du virus sur lequel on opère. On peut ajouter que la complexité des produits inoculés ajoute à l'incertitude des résultats observés.

Une autre objection a été adressée à M. Falk par M. Virchow, et a une portée plus générale. Depuis l'extension des doctrines microbiennes, les notions relatives à la contagion et à l'infection ont perdu, suivant M. Virchow, de leur précision. Toutes les maladies à microbes sont loin de se comporter de la même manière, et il importe de distinguer parmi elles deux grandes catégories. La première comprendrait les maladies contagieuses, mais non infectieuses. Les microbes qui les engendrent attaquent localement l'organisme vivant sur tous les points où ils sont déposés, et le nombre de foyers qu'ils constituent ainsi peut devenir parfois considérable, mais ils n'exercent pas d'influence générale ou, si l'on veut, d'action toxique sur l'économie tout entière, ils ne font pas de dyscrasie.

Au contraire, les maladies de la seconde classe produisent une altération générale et profonde de l'organisme atteint, altération qui n'est pas toujours en rapport avec le nombre des microbes répandus dans les tissus ou les humeurs, puisque dans certains cas ceux-ci pourraient faire complètement défaut. Il y a, dans ce cas, suivant le professeur de Berlin, naissance d'une substance toxique caractérisant l'infection.

Cela dit, quand il est question d'inoculation préventive, on ne saurait songer aux maladies du premier groupe : une première atteinte de la teigne, par exemple, ne préserve pas d'une seconde. La tuberculose ferait partie de ce groupe, et les expériences de M. Falk seraient ainsi *a priori* frappées de stérilité. Les maladies du second groupe seules, c'est-à-dire les maladies infectieuses, prêteraient à des inoculations préventives pouvant créer l'immunité.

Nous signalons, sans pouvoir nous y arrêter davantage pour le moment, l'opinion de M. Virchow. Il est certain que les nouvelles découvertes dans le monde des infiniment petits doivent modifier profondément nos anciennes notions de pathologie générale. Déjà nous-même, en étudiant, il y a quinze ans, le rôle des microorganismes dans la genèse, l'évolution et la propagation des maladies, nous avons distingué les cas où ils agiraient par leur présence seule et leur développement aux dépens du milieu qui les aurait reçus, c'est-à-dire en véritables parasites, et ceux dans lesquels leur action principale serait due à la toxicité de leurs sécrétions. Cette distinction se rapproche beaucoup, comme on le voit, de celle établie par M. Virchow, et conduit à admettre deux groupes parmi les maladies d'origine microbienne : 1o les maladies parasitaires proprement dites ; 2o les maladies infectieuses.

Dr F. DE RANSE.

C'est un résumé bien fait du travail du docteur Hobson, publié en 1860 dans le *Medical Times*. Il faudrait y joindre, pour avoir une idée complète de la médecine des Chinois, les articles publiés plus récemment par nos confrères Dabrin, Maurel, Ernest Martin, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, la *Gazette hebdomadaire*, la *Revue d'anthropologie*, etc. Mais nous devons faire des réserves sur le système de division établi par l'auteur. Il pense que les périodes de l'histoire de la médecine sont les suivantes : première période, période d'instinct, jusqu'à la chute de Troyes ; deuxième, période mystique ou sacrée, de Troyes jusqu'à la dispersion des disciples de Pythagore ; troisième, période philosophique, inaugurée par Hippocrate ; quatrième, période anatomique.

Or, les deux premières périodes peuvent sans inconvénients être confondues ; la période qui commence à Hippocrate est une période d'observation, et soit qu'on la laisse isolée, soit qu'on la confonde avec une autre, il faudrait ajouter bien d'autres périodes à la période anatomique, par exemple : une période physiologique, une période chimique, etc., etc., ce qui compliquerait bien la division de l'auteur. Je ne suis pas convaincu non plus que les Chinois n'aient pas connu et ne connaissent pas les livres hippocratiques. Ils ont pu ne pas s'en préoccuper outre mesure, cela est probable, mais l'on pourrait retrouver dans leur médecine plus d'un précepte tiré des Grecs. Je ne crois pas enfin que la bibliothèque d'Alexandrie ait jamais contenu 600,000 volumes, ni que l'on ait chauffé avec les bains publics pendant six mois ; il y a bien un peu de légende dans tout ceci. Dans tous les cas, la brochure de M. Meyners est fort instructive.

M. Vanderpol nous rappelle dans sa notice, très bien faite, en quoi consistait la crémation à Rome, et il nous donne sur les funérailles les renseignements les plus circonstanciés. Pline est bien d'avis que l'usage de brûler les corps est la conséquence de la profanation des sépultures. Plus tard, en temps d'épidémie, le bûcher devint une raison hygiénique. Dans tous les cas, brûlés ou non, l'on donna une sépulture aux morts, afin que l'âme des défunts ne fût pas contrainte d'errer pendant cent ans sur les rives du Styx.

La brochure de M. Monin vise la crémation rendue indispensable par la surabondance des vivants et ne s'étend pas sur son histoire. Je ne pense pas que la crémation soit entrée dans nos mœurs; il m'est indifférent d'être brûlé ou non, pourvu que je sois bien

PATHOLOGIE MÉDICALE

UN CAS DE GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS, par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Elle se présente assez rarement à notre observation, cette singulière maladie que Maurice Raynaud a eu le mérite de décrire le premier en lui donnant les noms significatifs d'asphyxie ou de syncope locale, ou encore de gangrène symétrique des extrémités; aussi est-il du devoir de tout médecin de recueillir et de publier chaque fait nouveau, surtout lorsque ce fait présente quelque particularité non signalée ou quelque phénomène qui soit en contradiction avec les théories que l'on a pu essayer de lancer pour expliquer une affection au moins singulière. C'est ainsi que la science arrive à se constituer.

Marie S..., née en 1864 à Mareuil-sur-Cher (département du Cher), habite Commentry depuis l'âge de 9 ans. Son père est ouvrier forgeron. Elle a été réglée à l'âge de 16 ans; elle n'a pas de pertes blanches. A l'âge de 7 ans elle a eu pendant un mois la fièvre intermittente; elle dit n'en avoir pas eu de nouvelles atteintes. C'est une assez belle fille, de taille moyenne, dont la figure respirait la santé : teint frais, rose.

Depuis environ deux ans, elle servait dans un bureau de tabac, toujours bien portante, lorsque vers le milieu du mois de juillet 1882 elle s'inquiéta un peu d'une certaine sensation de chaleur vers la face. Effectivement elle avait des taches érythémateuses auxquelles elle n'attacha pas grande importance. Aux mains, quelques-uns de ses doigts étaient rouges et bouffis comme par des engelures.

Le 20 septembre, je vis venir à ma consultation Marie S..., et je fus frappé du changement qui s'était opéré sur sa physionomie dans l'espace de quelques semaines. Le lobule du nez, le bord libre du pavillon de l'oreille, le lobule de l'oreille, la partie saillante des joues, la saillie du menton présentent comme des taches presque ecchymotiques, bleuâtres, cyanosées.

Mais sur les doigts et spécialement sur les auriculaires, la cyanose est bien plus marquée, surtout à la face dorsale jusqu'au métacarpien correspondant.

Les orteils offrent un aspect analogue, rougeurs violacées, livides, plus prononcées à la face dorsale jusqu'au métatarsien.

Le bord externe des pieds dans les 4/5 antérieurs et la moitié antérieure du bord interne participent à la cyanose. Les pieds, comme les mains, sont froids au toucher.

La saillie du coude, la face antérieure des genoux et même le moignon de l'épaule sont marqués de taches bleues moins foncées qu'à la face et aux extrémités.

Sur la région dorsale, sur les omoplates, je constate l'existence d'une éruption lichénoïde, prurigineuse, dont Marie S... ne semblait pas se douter.

Elle éprouve, principalement aux deux doigts auriculaires, des douleurs très vives qui augmentent tous les matins.

Au toucher, les plaques cyanosées sont douloureuses, même sur le nez.

La nuit dernière, Marie S... n'a pas fermé l'œil. Depuis trois jours, depuis le 17, elle a eu tous les soirs un accès de fièvre commençant entre deux et trois heures par un frisson assez violent. La fièvre tombe dans la nuit, vers onze heures.

L'appétit s'était conservé jusqu'au 17, jour où est survenu le premier accès de fièvre. Il n'y a pas de constipation; Marie S... elle a deux à trois selles par jour. Depuis une semaine, elle éprouve même des coliques sourdes.

Il est 1 h. 1/2; le pouls est à 96 La température axillaire du côté droit est de 36°,8, et du côté gauche de 36°,9. Il n'y a rien au cœur. La respiration est accélérée. Marie S... respire 24-28 fois par minute. A deux heures, la région splénique est un peu douloureuse à la pression; la percussion dénote une légère hypertrophie de la rate, évidemment d'origine congestive, car elle avait disparu quelques jours après.

Je conseille de faire sur les régions malades deux lotions par jour avec le mélange suivant :

Teinture de benjoin.....	ãâ	50 grammes.
Teinture de mélisse.....		
Teinture de menthe.....		
Ammoniaque liquide.....		15 —

M. s. a.

Après chaque lotion, on fera sur les mêmes régions une onction avec une pommade ainsi composée :

Sulfate de strychnine. 1 gramme.
Axonge........... 60 —

F. s. a.

On recouvrira ensuite avec une couche de ouate.

Je conseille de l'eau de Vichy (Célestins), 1/2 litre par jour. Et je prescris 2 gr. 50 de sulfate de quinine en 25 pilules, à prendre d'heure en heure entre les accès, de manière à ce qu'elles soient toutes ingérées en deux jours.

Le 22, je revois Marie S... à deux heures. Elle a dormi les deux dernières nuits. Hier, l'accès de fièvre n'a commencé qu'à trois heures et demie; le stade de sueur a commencé plus tôt, entre huit et neuf heures du soir.

---

assuré d'être mort; je ne crois pas cependant, avec l'auteur, que beaucoup de jugements et de condamnations à mort aient été prononcés au nom de la chimie après les expertises médico-judiciaires; je suis pas convaincu non plus que des milliers d'êtres vivants se nourrissent des immondes émanations de nos nécropoles insalubres. Mais, si tout cela est exact, il faut évidemment y remédier. Je sais d'ailleurs beaucoup de gens qui ne seraient pas fâchés de conserver chez eux, dans une urne quelconque, les cendres de leurs aïeux, et à ce propos je me rappelle que, lorsqu'en 1801 l'on mit à l'étude la nécessité de la crémation, un industriel distingué, feu Dartigues fit un mémoire pour démontrer la possibilité d'extraire des cendres la matière suffisante pour mouler un médaillon représentant le défunt. Tout système de columbarium devenait inutile, point d'urnes encombrantes; l'on accrochait dans son salon les cendres du mort regretté, converties en un médaillon reproduisant ses traits, et avec le temps la collection de semblables portraits acquérait une grande valeur. J'imagine que l'on paierait fort cher, salle Drouot, le médaillon de Voltaire, de Charlemagne ou de Ninon de Lenclos, fabriqués à l'aide des cendres mêmes de ces illustrations. A. DUREAU.

LE ZOUAVE JACOB. — Paris, qui a la prétention d'être le centre des lumières, ne voit pas moins prospérer les rebouteurs, sorciers, magnétiseurs, somnambules, etc., que les pays les plus arriérés en civilisation. Le zouave Jacob y a acquis une grande renommée et ce n'est pas dans la classe la plus pauvre ni la plus ignorante qu'il a recruté ses plus nombreux clients. Mais le bonheur ici-bas est rarement sans mélange : notre guérisseur improvisé vient d'en faire l'expérience. Prévenu d'exercice illégal de la médecine et de blessure par imprudence, il a été condamné à six jours de prison, 105 fr. d'amende et 500 fr. de dommages-intérêts envers la partie civile.

∴

ECOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — Par arrêté en date du 19 novembre 1883, un concours s'ouvrira, le 29 mai 1884, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes à l'école préparatoire de médecine de Dijon. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Le nez et les oreilles ont pâli. Les deux auriculaires, surtout celui de la main gauche, ont bien l'aspect gangréneux. Les taches cyanotiques des pieds sont aujourd'hui plutôt d'un rouge sombre que bleues.

La face antérieure des genoux est marbrée de larges taches rouges et non plus bleues. Les pieds et les mains sont relativement chauds.

Le pouls radial bat 116 à 120 fois à la minute. Mlle S... vient de marcher. Elle est un peu essoufflée. Je compte au bout d'un quart d'heure 28 à 30 inspirations par minute.

La température prise à l'éminence thénar gauche est à 37o; à l'éminence thénar droite, elle est à 36o,9.

L'insensibilité est complète à l'extrémité de l'auriculaire gauche jusqu'à la matrice de l'ongle, sur la face dorsale des deux premières phalanges et jusqu'au pli articulaire de la phalange et de la phalangine à la face palmaire.

Il n'y a qu'un simple engourdissement à la pointe de l'auriculaire droit.

On voit des taches rosées aux deux coudes. L'éruption de lichen des épaules est pâlie.

Rien au cœur ni aux vaisseaux du cou.

La liqueur de Fehling décèle dans les urines la présence d'une quantité de glycose qui n'a pas été dosée.

La pression ne provoque plus de douleur, sauf aux auriculaires.

Pendant la marche, Marie S... ressent une douleur légère aux deux talons. La région splénique n'est plus douloureuse à la pression, et la percussion indique une dimension à peu près normale de la rate.

Je prescris une potion avec 6 grammes de bromure de potassium à prendre en deux jours.

Le 27, à une heure. Le pouls est à 80. Le nez et les oreilles sont guéris.

Il n'y a plus de papules aux genoux. Les macules sont moins étendues et d'une teinte violacée plus claire. Les pieds sont froids et leur bord externe est d'un rouge sombre. L'extrémité sous-unguéale présente une croûte aux trois premiers orteils du pied droit et aux quatre premiers orteils du pied gauche. De plus il y a une légère croûte à la face dorsale des deux articulations de chaque orteil.

Aux mains, on voit, à l'extrémité de l'auriculaire gauche, une vaste croûte pustuleuse, noirâtre, psydraciée, humide. La dernière phalange de ce doigt offre un aspect gangréneux très net. La teinte est d'un rouge sombre, livide.

Sur les articulations des trois phalanges, face dorsale, on voit également des croûtes qui sont plus marquées à l'articulation moyenne.

La sensibilité est revenue, sauf à la pointe de l'auriculaire gauche, frappé de gangrène.

Aux coudes, rougeur vague et taches d'un bleu pâle.

L'éruption papuleuse des épaules démangeait ce matin. On y voit des traces de grattage; cela ressemble bien à du *lichen lividus*.

Ma malade a cessé de prendre de la quinine depuis le 25. Elle n'a plus de fièvre depuis le 24, jour où elle a eu un petit accès très court.

Il y a toujours de la glycosurie.

De concert avec le docteur Florain qui a vu la malade avec moi, nous ordonnons de prendre 60 grammes par jour de vin de coca et 1 gramme de bromure de potassium.

Marie S... en est à sa quatrième bouteille de Vichy. Elle a continué le pansement avec la mixture et la pommade du premier jour, ainsi que l'enveloppement avec de la ouate.

La température axillaire droite est à 36o,8; la température axillaire gauche est aussi à 36o,8.

Examen microscopique du sang. — J'ai fait ce même jour, 27, l'examen microscopique du sang au compte-globules de MM. Malassez et Potain. A l'aide d'une lancette, j'ai piqué le médius gauche. Le chiffre des hématies n'est que de 2,593,500 (moyenne de quatre numérations).

Il y a un globule blanc pour 5 à 600 globules rouges.

A l'hémato-chromomètre du docteur Malassez, la capacité respiratoire est de 0 millimètre cube 140. La richesse en hémoglobine est de 0 milligramme 067.

Le 30 septembre, l'analyse ne décèle pas de glycose dans les urines.

Le 1er octobre, l'eschare de l'auriculaire gauche se sépare des parties saines par un sillon de plus en plus marqué. Il y a de la rougeur et de l'inflammation autour de l'ongle et autour de l'eschare. Cette rougeur occupe toute la dernière phalange. Le pouls est à 77 (midi).

Quelques jours après, sans trop me demander conseil, notre jeune malade, se trouvant mieux et se croyant presque guérie, partit pour le Cher où elle continua de prendre du bromure de potassium. Elle ne revint que le 20 novembre 1882. Mais dans quel état!

La gangrène était réapparue, et à tous les doigts, sauf au pouce gauche.

L'auriculaire gauche est repris depuis hier. Il y a insensibilité complète des deux index qui sont refroidis. Les deux premières phalanges de quelques doigts sont atteintes.

La première phalange des index est complètement noire. Un sillon commence à se former autour de la matrice de l'ongle (eschare d'élimination).

Les orteils sont d'un rouge livide, ainsi que les bords de la plante des pieds. Les gros orteils sont ulcérés à la racine de l'ongle. Il y a quelques plaques d'érythème papuleux au-devant des genoux et une plaque d'érythème noueux au-dessous du genou gauche.

Marie S... a des frissons tous les soirs vers quatre heures.

La température axillaire à droite est à 38o,2; à trois heures du soir, le pouls est à 124-128.

Je prescris du sulfate de quinine (1 gr. 50) pour deux jours, une bouteille d'eau de Vichy (Célestins) également pour deux jours, et des onctions avec la pommade suivante :

Sulfate de strychnine.	0 gr. 50
Axonge..............	45 —

F. s. a.

Il y avait assez de glycose dans l'urine du lundi 20; il y en a un peu moins dans celle du mardi 21.

Le 22, je renouvelle mon ordonnance de l'avant-veille.

Le 24, pouls à 104, température axillaire, à 37o,3.

Je renouvelle la dernière pommade en augmentant d'un tiers la proportion de sulfate de strychnine.

Il y a un mieux relatif et moins de fièvre. Les douleurs ont diminué.

Je prescris à nouveau 1 gr. 50 de sulfate de quinine et une bouteille d'eau de Vichy (source Saint-Yorre) à prendre en quarante-huit heures.

On voit de l'érythème noueux sur toutes les jambes, quelques nodosités très douloureuses aux avant-bras et surtout aux deux saillies olécraniennes qui sont d'un rouge très intense.

Je conseille sur les nodosités des applications d'un liniment ainsi composé :

Baume tranquille.... } Eau de Goulard..... }	ââ 30 grammes.
Laudanum de Sydenham	4 —

Le 25, l'urine n'a presque plus de glycose.

Le 27, les nodosités sont bien moins marquées. La dernière nuit a été très bonne pour la première fois depuis plusieurs semaines.

Le 4 décembre, cinq heures du soir, le pouls est à 88, la température axillaire à 37o,2.

Desquamation légère des dernières phalanges des orteils à la face plantaire. Il n'y a plus d'accès de fièvre.

Je prescris encore 1 gramme de sulfate de quinine en dix pilules,

une bouteille d'eau de Vichy, à prendre en trois jours, et l'application de cérat opiacé sur les points ulcérés des doigts.

On voit encore des plaques de lichen aux épaules. Il n'y a plus d'érythème noueux.

Le sommeil est revenu. Il n'y a de douleurs nn peu vives qu'au médius gauche et à l'index de la main droite. L'ongle et la pulpe charnue du médius gauche sont tombés.

Pommade à la strychnine sur les phalanges et les phalangines.

Le froid aux pieds est persistant. Marie S... me dit que son père a toujours eu facilement froid aux pieds. Elle se plaint d'avoir une haleine fétide, surtout depuis cinq ou six jours. Quand elle s'en est aperçue et qu'elle l'a eu dit à sa mère, elles ont été d'accord pour attribuer à la fétidité de l'haleine la gangrène des extrémités. Je ne conseille que des toniques : vin de quinquina et sirop d'iodure de fer.

Le 25 décembre, chute de la phalangette de l'index droit, complètement desséchée, noire.

Le 26, chute de l'ongle du médius droit.

Le 8 janvier 1883, il n'y a plus de sucre dans les urines ; le pouls est à 68.

Le 22 mars, Marie S... me montre la plaie de son index droit (qui désormais n'a plus que deux phalanges) complètement cicatrisée; mais la cicatrice est restée douloureuse à la pression. L'état général est excellent.

Le 11 juin, l'index droit est toujours enveloppé ; il est très froid au toucher. L'annulaire droit présente un peu d'ankylose à l'articulation des deux dernières phalanges.

L'état général est du reste satisfaisant.

Réflexions. — Quelle multitude de réflexions le fait dont on vient de lire la relation ne serait-il pas capable de suggérer ? Il me suffira d'y relever quelques particularités qui me paraissent les plus intéressantes.

1o C'est au mois de juillet que l'affection aurait débuté; c'est au mois de septembre qu'elle s'est montrée dans tout son développement, et s'il y a eu rechute et rechute grave au mois de novembre; il ne faut pas oublier que les extrémités avaient toujours été tenues soigneusement à l'abri du froid. L'influence causale du froid externe, admise par Maurice Raynaud, ne saurait donc être invoquée ici.

2o Je n'ai pas constaté cette élévation de température que Broca avait signalée dans les cas d'oblitération vasculaire au-dessus des parties gangrenées et que Maurice Raynaud a également observée.

3o Un détail qu'il me paraît important de noter, c'est l'accélération du mouvement respiratoire La parole même était un peu entrecoupée.

4o On remarquera surtout que l'explosion de cette gangrène symétrique s'est produite chez une jeune fille qui avait eu, plusieurs années auparavant, des accès de fièvre intermittente. Et à ce propos nous indiquerons le récent article de MM. L. Petit et Verneuil (Revue de chirurgie, janvier, mars, juin et septembre 1883, *Asphyxie locale et gangrène palustre*), article qui vient confirmer le travail du docteur Calmette paru, en 1877, dans le Recueil des Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, sur les rapports de l'asphyxie locale des extrémités avec la fièvre intermittente.

5o Cette forme de gangrène se distinguerait nettement de la gangrène symétrique que le docteur Fagge (de Londres) a décrite en 1868 (Guy's Hosp. Reports, vol. XII) comme survenant vers l'âge de cinquante ans (1). Le sujet de notre observation était, en effet, en pleine jeunesse.

6o Dans le cas dont on vient de lire l'histoire, il y a eu de la glycosurie; mais il s'agit évidemment ici d'une glycosurie symptomatique consécutive à l'affection gangréneuse. Car, outre qu'il n'existait antérieurement à l'apparition de l'asphyxie locale aucun symptôme de diabète, outre qu'il n'y ent jamais, durant la période glycosurique, ni polyurie, ni polydipsie, ni polyphagie, le sucre a disparu des urines avant même la guérison des accidents gangréneux.

7o Nous aurions voulu pouvoir utiliser dans ce cas les inhalations d'oxygène. Malheureusement cette idée nous a été suggérée trop tard (par M. E. Besnier, à qui nous avions parlé de cette observation). Nous sommes convaincus qu'en pareille occurrence les inspirations d'oxygène devront produire d'excellents effets.

8o Enfin je crois devoir appeler l'attention sur la déglobulisation très marquée du sang, que l'examen microscopique nous a décelée.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 novembre 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

Expériences sur le passage des bactéridies charbonneuses dans le lait des animaux atteints du charbon. Note de MM. J. Chambrelent et A. Moussous, présentée par M. Bouley.

Lorsqu'une maladie virulente atteint une femelle en lactation, le lait de celle-ci renferme-t-il le micro-organisme agent de cette infection ? Il a été longtemps admis qu'il n'en était rien et que le lait sécrété dans de telles conditions n'offrait pas de virulence ; semblable opinion ne nous paraît plus aujourd'hui acceptable, du moins en ce qui concerne la maladie charbonneuse.

Déjà, en 1879, Feser reconnaît au microscope la bactéridie dans le lait d'une brebis rendue charbonneuse. Ce lait, inoculé à deux brebis, leur communique la maladie, à laquelle elles succombent rapidement.

Garreau, au contraire, tente sur des lapins des inoculations avec le lait d'une vache charbonneuse ; ces inoculations restent sans effet.

Emler fait des examens microscopiques et pratique des inoculations Il étudie ainsi divers produits de sécrétions d'animaux charbonneux, et entre autres le lait. Il arrive à cette conclusion que, tantôt ces sécrétions sont virulentes et tantôt privées de virulence.

On le voit, malgré la diversité des résultats de ces expériences, certains de ces faits semblent attester le passage de la bactéridie dans la sécrétion de la glande mammaire.

Dans leur récent travail, MM. Straus et Chamberland, appliquant la méthode des cultures et des inoculations à la recherche du passage de la bactéridie charbonneuse dans le sang du fœtus, dans la bile et dans l'urine, reconnaissent d'une façon évidente la réalité du fait, mais ils ne citent à propos du lait aucune recherche ainsi conduite.

C'est cette méthode des cultures suivies d'inoculations que nous

(1) Chose curieuse ! dans le récent Traité de dermatologie de M. Duhring, nous ne trouvons pas cité le nom de Maurice Raynaud, et cependant on y relate les observations de MM. Fagge, de Brodie, de Stockwell, de Rooke, travaux tous postérieurs sinon à l'article *Gangrène* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, du moins à la thèse inaugurale de Maurice Raynaud (Paris, 1862). Les traducteurs du Traité de Duhring ont également omis, dans leurs notes additionnelles, de rappeler les études de notre regretté compatriote.

nous sommes proposé d'appliquer à la recherche du passage des bactéridies dans le lait des animaux atteints de charbon.

Nos expériences ont été faites à la Faculté des sciences de Bordeaux, dans le laboratoire de chimie que M. le professeur Gayon avait gracieusement ouvert à nos travaux; elles ont été faites avec le concours de M. Dupetit, son préparateur.

La conclusion de ces expériences, au nombre de trois, est évidente. Les deux premières nous ont montré, à n'en pas douter, que es bactéridies se trouvent dans le lait des animaux atteints de fièvre charbonneuse et s'y trouvent du vivant de ces animaux.

Mais, ajoutons que le nombre de ces bactéridies est infiniment moins considérable que dans le sang. Quant à la troisième, elle n'offre qu'une apparente contradiction avec les précédentes, malgré son résultat négatif. Si les bactéridies, en effet, sont en faible proportion dans le lait, alors qu'elles sont très nombreuses dans le sang, quoi d'étonnant, lorsque celui-ci en renferme très peu, que la petite quantité de lait avec laquelle nous avons opéré nos ensemencements n'en contînt pas?

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre 1883. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance non officielle comprend: 1o une note manuscrite sur les *Convallaria maïalis et digitalis purpurea*, par M. Dujard; 2o une lettre de M. Cadet de Gassicourt, qui se porte candidat dans la section de pathologie médicale; — 3o une note de M. le docteur Dumas (de Cette) sur une falsification du sirop de chicorée.

TRAVAUX PRÉSENTÉS. — *Traité élémentaire de physiologie* (7e édition), par M. Blécard. — *Dermatose de Kaposi*, par M. Vidal. — *Les eaux minérales dans les affections chirurgicales*, par M. le docteur Eugène Rochard, médecin de 1re classe de la marine. — Procès-verbaux de la commission technique de l'assainissement de Paris, déposés par M. Maurice Perrin.

—M. Jules GUÉRIN, à l'occasion du procès-verbal, dit que, dans la récente épidémie cholérique d'Egypte, il était important d'établir les conditions sanitaires de la ville de Damiette, ce qu'ont fait MM. Chaffey-Bey et Ferrari. M. Chaumery a vérifié l'exactitude de ces recherches et il se trouve ainsi en formelle opposition avec la doctrine de M. Fauvel. Cette contradiction ne prouve-t-elle pas une fois de plus que le système des témoignages comme moyen d'investigation de faits relatifs à l'étiologie du choléra ne peut conduire à aucun résultat sérieux, et qu'il serait préférable de recourir à l'étude de l'évolution de la maladie épidémique et individuelle?

M. FAUVEL fait observer que la réponse aux observations de M. Guérin se trouve dans le rapport officiel de M. Mabé, qui prouve l'inexactitude des faits sur lesquels s'appuie M. Guérin.

ELECTION. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section des associés libres. La liste de présentation portait en première ligne M. de Quatrefages; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Durand-Claye, Magitot, de Ranse et Worms.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 93, majorité 47, M. de Quatrefages obtient 44 suffrages, M. Worms 33, M. Magitot 13, M. Durand-Claye 1; 2 bulletins blancs.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, il est procédé à un second tour.

Le nombre des votants est de 92; majorité 47.

M. de Quatrefages obtient 59 suffrages, M. Worms 30, M. Magitot 2, un bulletin nul.

En conséquence, M. de Quatrefages est proclamé élu.

VACCINATION DU ROUGET DES PORCS A L'AIDE DU VIRUS MORTEL ATTÉNUÉ. — M. PASTEUR, en son nom et au nom de son regretté collaborateur Thuillier, à la mémoire duquel il rend un pieux hommage, communique à l'Académie de nouvelles recherches sur la vaccination du rouget des porcs. Il rapporte les circonstances dans lesquelles Thuillier, envoyé dans le département de la Vienne pour étudier la maladie des porcs, découvrit le microbe qui donne naissance à cette maladie. Depuis lors de nombreuses expériences d'inoculation préventive ont été entreprises et permettent d'établir les conclusions suivantes: 1° Le rouget épizootique, même le plus virulent, peut être prévenu par des inoculations du virus virulent atténué; 2° la durée de l'immunité dépasse une année et suffit amplement aux exigences des pratiques de l'élevage du porc, puisque l'engraissement des sujets ne se prolonge guère au delà d'une année.

« Toutefois, ajoute M. Pasteur, malgré ces heureux résultats, je répète que la question de l'appropriation des vaccins aux diverses races exige encore de nouveaux contrôles, pour que la vaccination des porcs puisse être généralisée. En attendant les résultats définitifs, je tiens à faire connaître, dès à présent, la méthode qui nous a servi pour l'atténuation du virus du rouget, et tel est le principal objet de cette communication.

« Les travaux de mon laboratoire ont établi que les virus ne sont pas des entités morbides, qu'ils peuvent affecter des formes et surtout des propriétés physiologiques multiples, dépendant des milieux où ces virus vivent et se multiplient. En conséquence, et quoique la virulence appartienne à des espèces vivantes microscopiques, elle est essentiellement modifiable. On peut l'affaiblir, on peut l'exalter et chacun de ces états est susceptible d'être fixé par la culture. Un microbe est virulent pour un animal quand il a la faculté de pulluler dans son corps à la manière d'un parasite et d'y provoquer, en se régénérant lui même, des désordres pouvant amener la maladie et la mort. Si ce microbe a vécu dans une espèce animale, c'est-à-dire qu'à diverses reprises il soit sorti d'un individu de cette espèce pour pénétrer dans un autre individu de cette même espèce, sans avoir subi une influence extérieure sensible pendant l'intervalle des deux passages, on peu considérer la virulence de ce parasite comme arrivée, en quelque sorte, à un état fixe et maximum pour les individus de la race. Le parasite charbonneux, par exemple, propre aux moutons, varie peu d'un sujet à un autre, d'une année à une autre, pour un même pays; il faut l'attribuer sans doute à ce que, de passage en passage, à travers les moutons, l'accoutumance du parasite à vivre dans le mouton a atteint un état, pour ainsi dire, définitif. Mais la virulence d'un virus qui n'est pas à son maximum d'action peut être essentiellement modifiée par son passage dans une suite d'individus d'une même race. Je rappellerai que, quand nous avons voulu rendre au virus-vaccin du choléra des poules et du charbon et d'autres maladies encore, des virulences progressivement croissantes pour les amener finalement à des virulences maximum, nous les avons inoculées à de jeunes sujets et successivement à des sujets plus âgés.

« Je ferai observer incidemment que ces résultats font rentrer les virus-microbes dans les lois générales de la vie et de ses manifestations chez les espèces supérieures végétales ou animales. Celles-ci manifestent leur plasticité, si l'on peut ainsi parler, sous l'influence des conditions des milieux où s'effectuent leurs générations successives. La seule différence entre les microbes et les espèces supérieures consisterait dans la rapidité des variations chez les virus, opposées à leur lenteur chez les grands êtres. Chaque culture d'un virus, n'eût-elle qu'une durée de vingt-quatre heures, représente des nombres immenses de générations successives, tandis que chez les êtres plus élevés il faut, à l'accomplissement de tels nombres de générations, des milliers et des millions d'années.

« Quoi qu'il en soit, si des changements dans les virulences de nos virus atténués, ou virus-vaccins, peuvent résulter des passages de ces virus atténués dans des sujets d'une même race, ne se pourrait-il pas que des virus arrivés à un état achevé pour une race fussent modifiés dans leur virulence par leur passage d'une race

à une autre race? L'expérience s'est montrée favorable à cette manière de voir.

« L'Académie se souviendra sans doute de ce virus-vicrobe que nous avons découvert autrefois dans la salive des hydrophobes. Très virulent pour les lapins, ce microbe s'est montré, au contraire, inoffensif pour les cobayes adultes, ainsi que cela résulte de la lecture que j'ai faite à l'Académie dans sa séance du 24 janvier 1881 ; mais il tue rapidement les cobayes âgés de quelques heures ou de quelques jours seulement. En poursuivant les inoculations de cobayes à cobayes jeunes, nous avons vu la virulence s'exalter et arriver facilement à tuer des cobayes d'un âge plus avancé. Les lésions mêmes avaient fini par différer notablement. Nous retombons ici dans les faits que je signalais tout à l'heure, d'un accroissement dans la virulence par les passages successifs dans les individus d'une race.

« Mais le résultat nouveau et inattendu que je tiens à signaler à l'Académie consiste en ce que le microbe, après avoir accru sa virulence par passages successifs à travers le corps des cobayes, se montre ensuite moins virulent qu'auparavant vis-à-vis des lapins.

« Dans ces nouvelles conditions il donne aux lapins une maladie guérissable spontanément et, en outre, cette maladie, une fois éprouvée, l'animal devient réfractaire au microbe mortel du lapin. De là cette conséquence capitale que l'accoutumance à vivre chez une espèce (le cobaye), et correspondant à une virulence déterminée, peut changer cette virulence dans ce qu'elle a de propre à une autre espèce (le lapin), la diminuer et faire qu'elle devienne un vaccin pour cette dernière espèce.

« Ce résultat est d'une importance qui ne saurait échapper à personne, car il renferme le secret d'une méthode nouvelle d'atténuation pouvant être appliquée à certains virus les plus virulents. Nous allons en avoir un exemple et une explication.

« Voici le résultat très curieux des inoculations du rouget pratiquées sur les pigeons, d'une part, sur les lapins, d'autre part.

« Si l'on inocule dans le muscle pectoral d'un pigeon le microbe du rouget du porc, le pigeon meurt dans un intervalle de six à huit jours, après avoir présenté les symptômes extérieurs apparents du choléra des poules.

« Lorsque le sang de ce premier pigeon est inoculé à un second pigeon, le sang de celui-ci à un troisième et ainsi de suite, le microbe s'acclimate sur le pigeon.

« Le caractère en boule du sujet et sa somnolence, effets habituels de la maladie, apparaissent en beaucoup moins de temps que pour les premiers pigeons de la série. La mort également survient plus rapidement ; enfin, le sang des derniers pigeons se montre beaucoup plus virulent pour le porc que les produits même les plus infectieux d'un porc mort du rouget dit spontané.

« Le passage du microbe du rouget du porc par les lapins conduit à un tout autre résultat. Les produits infectieux d'un porc mort du rouget ou leurs cultures inoculées au lapin les rendent toujours malades et les font périr le plus souvent.

« Si l'on inocule le rouget de lapin à lapin, le microbe s'acclimate sur le lapin. Tous les animaux meurent et la mort arrive en un petit nombre de jours. Les cultures du sang de ces lapins dans ces milieux stérilisés deviennent progressivement plus faciles et plus abondantes. Le microbe lui-même change un peu d'aspect, devient un peu plus gros que dans le porc et se présente sous la forme d'un 8 de chiffre, sans l'allongement filiforme de certaines de ses cultures.

« Vient-on à inoculer aux porcs le sang des derniers lapins, par comparaison avec celui des premiers de la série, on constate que la virulence a été progressivement en diminuant du premier lapin aux lapins suivants. Bientôt le sang des lapins inoculés aux porcs n'amène plus la mort, quoiqu'il les rende malades. Après leur guérison, ils sont vaccinés contre le rouget mortel.

« Telle est la méthode d'atténuation de certains virus même très virulents qui me paraît digne d'attirer l'attention de l'Académie ».

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique. La liste adoptée par la section porte : 1° M. Vidal ; 2° M. Desnos ; 3° M. Hayem ; 4° M Dumontpallier ; 5° M. Blachez ; 6° M. Ferrand.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 novembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Terrier, à propos de la discussion actuelle sur l'hystérectomie, expose devant la Société les résultats de sa pratique. Il a eu l'occasion de pratiquer sept fois cette opération. Dans trois cas, l'hystérectomie n'a été qu'accessoire ; elle a constitué un traumatisme surajouté à l'acte chirurgical principal ; il y a eu deux morts et un succès. Dans une seconde catégorie de faits qui a compris quatre cas, la lésion principale était la tumeur utérine ; l'auteur a eu à enregistrer deux insuccès et deux succès. M. Terrier décrit trois méthodes pour le traitement du pédicule. Dans une première, on pédiculise la tumeur par le procédé ordinaire employé pour le maintien du pédicule au dehors. Dans une deuxième, on utilise la ligature dite en chaîne de Thornton dont l'auteur a fait usage dans un cas et qu'on peut compléter, comme l'a fait M. Terrillon, par une ligature pratiquée sur la portion supérieure dont on a excisé préalablement un coin pour assurer la fixité du fil. Dans une troisième enfin, M. Terrier décrit un plan ingénieux. Trouvant une portion de néoplasme incluse dans le pédicule, il a procédé à l'énucléation, d'où la production d'une cupule dont il a suturé les bords avec la paroi abdominale. La malade a guéri.

M. Terrier conclut en disant que l'opération, quoique dangereuse, est perfectible et que, loin de la rejeter, il faut s'appliquer à la perfectionner.

M. Lucas-Championnière demande à insister de nouveau sur sa précédente communication. Il a dit simplement qu'il était difficile de conclure. Malgré ses trois insuccès sur quatre, il est décidé à recommander l'opération, car il est des cas où elle se trouve formellement indiquée. L'hystérectomie est, il est vrai, moins avancée que l'ovariotomie. Sa technique est indéterminée. Mais il faut l'étudier, et l'avenir seul pourra en indiquer la valeur.

—M. Chauvel fait un rapport sur un travail de M. Dieu, intitulé : *Document relatif à l'histoire des kystes hydatiques de l'orbite.* M. Chauvel rappelle d'abord un cas de sa pratique et insiste sur les dificultés du diagnostic. L'auteur, qui a eu l'occasion d'en observer un cas à l'hôpital de Sétif sur une femme arabe de 20 ans, propose les conclusions suivantes : Les kystes hydatiques de l'orbite présentent des caractères identiques à ceux des autres régions, mais on y rencontre rarement des crochets, ce qui est important pour le diagnostic. Plus fréquents chez l'homme dans une proportion de 18 à 6, ils provoquent souvent des douleurs violentes et une inflammation de voisinage plus fréquente que partout ailleurs. Leur marche est assez lente, leur diagnostic facile, à cause de la rénitence particulière qu'ils présentent, sauf le diagnostic de nature toujours difficile à établir. Leur pronostic est sérieux : Sur 26 cas, on ne relève que trois cas où la vue a été conservée. Leur traitement doit consister dans la ponction suivie de l'incision et du drainage. L'auteur pense qu'il convient d'attendre la sortie spontanée de la membrane qui ne tarde pas à faire hernie entre les lèvres de l'incision.

—M. Polaillon montre à la Société une jeune malade de 16 ans, atteinte d'un double genu valgum, chez laquelle il a pratiqué avec succès l'ostéoclasie.

—M. Richelot fait un rapport sur une observation présentée par

M. Henriet. Un malade présente une paralysie infantile du membre inférieur droit; la marche est défectueuse en raison de l'atrophie; il se brise la rotule dans une chute et se décide à suivre un traitement auquel cède l'atrophie. La marche redevient meilleure. Ce cas plaide bien en faveur de la thèse soutenue par M. Richelot à l'une des précédentes séances.

M. Richelot lit encore une observation de M. Chrétien relative à *une suture du médian suivie de restauration fonctionnelle*.

M. Richelot, dans une communication récente, avait cru devoir nier, en se basant sur l'absence de voies collatérales, le retour de la contraction musculaire à la suite des plaies des nerfs. Pour lui, la régénération nerveuse, bien démontrée chez les animaux, était fort douteuse chez l'homme. La suture n'était que rationnelle, mais non efficace. Le cas de M. Chrétien semble cependant fort probant: une section du médian au-dessus de l'émergence des nerfs de l'éminence thénar est traitée par la suture. 18 mois après, le mouvement d'opposition du pouce est redevenu possible.

M. Richelot cite un nouveau cas publié par la Lancette (N° du 4 août 1883): Plaie du nerf radial au-dessus du pli du coude chez un sujet de treize ans et demi. Suture. Retour des mouvements.

— M. Pozzi expose le manuel de la ligature élastique opératoire employé par Czerny, Hégar et Thiersch, et montre les instruments. Pour lui, c'est la ligature de l'avenir, mais il ne faut pas oublier que, si on laisse le pédicule dans la cavité péritonéale, l'élimination est fatale; aussi l'auteur propose-t-il, dans ce cas, de perforer le cul-de-sac du vagin et d'y faire passer l'extrémité du fil élastique, auquel on donne la forme d'un tube à drainage.

M. Lucas-Championnière pense au contraire que c'est là un mauvais procédé puisqu'il aboutit nécessairement à la production d'un abcès.

M. Terrier est opposé au drainage qu'il trouve le plus souvent inefficace en raison de l'obstruction facile du tube qui termine l'œuf élastique.

M. Pozzi fait observer que la ligature perdue est exceptionnelle dans l'hystérectomie et que le plus souvent on laisse le pédicule au dehors. L'objection de M. Lucas-Championnière perd donc de sa valeur.

— M. Terrier voudrait savoir si les avantages d'une hémostase plus soignée compensent les inconvénients de la suppuration.

M. Berger présente un malade dont l'histoire très compliquée sera exposée par lui dans une prochaine séance, et qui offre un angiome de la boule graisseuse de Bichat. Il demande l'avis de la Société sur l'opportunité d'une intervention.

M. Reclus rappelle le cas qu'il a observé dans le service de M. Lefort et qui se rapproche beaucoup de celui de Berger, sauf que chez son malade la réductibilité était plus rapide.

M. Lefort a fait des séance d'électrolyse, dont les premières ont très bien réussi, mais M. Reclus n'a plus revu le malade.

M. Polaillon, dans un cas semblable, a utilisé avec succès les injections coagulantes.

M. Després n'est pas absolument convaincu de l'existence d'un angiome; il pencherait plutôt, en raison de l'existence de calculs salivaires, à la présence d'un kyste salivaire à paroi vasculaire.

M. Berger appuie son diagnostic sur l'absence d'augmentation pendant la mastication; de plus, la tumeur est plutôt diffuse que circonscrite; elle se réduit complètement sous l'influence d'une pression prolongée.

— M. Gougenheim montre le larynx d'un homme qui a succombé subitement à la suite d'une laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Le cartilage cricoïde était carié et l'auteur pense qu'il y a là peut-être une contre-indication à l'intervention. Malheureusement le diagnostic de cette lésion est impossible à établir. L'auteur insiste sur ce point que les accidents dyspnéiques cèdent sous la chloroformisation.

Cette communication sera l'objet d'un rapport ultérieur.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Picqué.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre 1883. — Présidence de M. Millard.

M. le Président annonce la mort de M. le docteur Seux, directeur de l'Ecole de médecine de Marseille, membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux.

M. Moutard-Martin adresse une lettre pour remercier ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait dans la dernière séance en le nommant représentant des médecins des hôpitaux au conseil de surveillance de l'Assistance publique.

M. le Vice-recteur de l'Académie de Paris soumet à la Société une lettre de protestation qui lui a été adressée par M. le docteur Ancelot, contre les mesures qui ont rendu la revaccination obligatoire dans les lycées et collèges de France. (Renvoyé à une commission composée de MM. Debove, Dumontpallier et Rathery.)

— M. Bucquoy présente, de la part de M. Armaingaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, une brochure très grosse de faits et qui est relative précisément à la question de la revaccination. Il s'agit de la comparaison des résultats obtenus avec le vaccin humain et le vaccin animal employés pour la revaccination des élèves du lycée et des collèges de Bordeaux.

M. Bucquoy rappelle qu'en 1870 il a entrepris avec M. Brouardel des revaccinations d'ensemble sur les pensionnaires du collège Sainte-Barbe. Cette tentative, qui a été renouvelée depuis au moindre soupçon d'importation variolique, a mis en évidence un premier fait: c'est le grand nombre de résultats positifs obtenus. La proportion des résultats positifs a été d'un tiers et souvent de la moitié des cas de revaccinations; ils ont été à peu près aussi satisfaisants avec le vaccin animal et avec le vaccin humain.

Or, jusqu'ici, nous ne connaissons bien la valeur du vaccin animal que quant aux manifestations qu'il fait éclore du côté de la peau. Nous apprécions sa valeur d'après la fréquence avec laquelle il fait éclore des pustules, d'après le nombre et l'aspect de celles-ci. Un autre facteur, qui a une grande importance, nous échappe encore. Nous ne savons pas combien de temps dure l'immunité conférée par le vaccin animal. C'est précisément à élucider ce côté de la question que M. Armaingaud voudrait voir servir les revaccinations en masse, rendues obligatoires dans les établissements d'instruction secondaire, par une récente circulaire ministérielle. M. Armaingaud voudrait que des ordres fussent donnés aux médecins revaccinateurs, les obligeant à dresser des tableaux statistiques avec indication de l'âge du sujet, de la date des revaccinations successives, de la nature du vaccin employé. On arriverait ainsi à se procurer des renseignements précis sur les durées respectives de l'immunité conférée par le vaccin humain et par le vaccin animal.

Voici d'ailleurs les résultats obtenus par M. Armaingaud dans les deux lycées de Bordeaux et de Talence lors d'une récente tentative de revaccinations:

Elèves revaccinés avec { vaccin *animal* : 262 succès 34 0/0 ; vaccin *humain* : 259 » 51 0/0 } 43 0/0

Ces résultats démontrent que, quand on a sous la main du vaccin humain, il faut s'en servir de préférence au vaccin animal, mais qu'à défaut du premier le second donne encore des résultats très satisfaisants.

Des remerciements sont votés à M. Armaingaud et son travail est renvoyé à la commission désignée ci-dessus.

(A suivre.)

E. Ricklin.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

LE SULFATE DE QUININE. — La découverte du sulfate de quinine est éminemment française ; tous nos lecteurs savent qu'elle est due à Pelletier et Caventou, qui en furent récompensés par le Prix Montyon.

Après Pelletier, Delondre et Levaillant créèrent chacun une fabrique de sulfate de quinine, et plus tard, M. Armet de Lisle, réunit les trois maisons en une seule, d'où l'appellation connue de sulfate de quinine *Pelletier, Delondre* et *Levaillant* ou des *3 cachets*.

Les prix élevés du sulfate de quinine ont nécessairement amené sa falsification. Nous nous souvenons qu'il y a une trentaine d'années, on employait dans ce but la salicine. Plus tard est venu le chlorhydrate de cinchonine, puis actuellement le sulfate de cinchonidine, et l'on est encore sur la voie de nouveaux dérivés. Les quinquinas anglais et néerlandais ont éminemment favorisé le développement des mélanges, car ils contiennent des quantités considerables de cinchonine, de cinchonidine et seulement de 4 à 8 0/0 de quinine, alors que les meilleures espèces de Colombie arrivent jusqu'à 20 0/0.

L'ancien mode d'essai du Codex est insuffisant pour reconnaître la pureté du sulfate de quinine ; il est reconnu aujourd'hui que le polarimètre donne seul des indications satisfaisantes. Malheureusement le polarimètre n'est pas entre les mains de tous ceux qui prescrivent ou qui délivrent le sel quinique.

On a dit, pour excuser ces mélanges, qu'ils avaient avec le sulfate de quinine une parenté indéniable : même apparence, même forme cristalline, même blancheur, même poids spécifique ; mais cette parenté n'entraîne en aucune façon une même action thérapeutique. Ce serait là une erreur grossière que soutenir pareille théorie, et ce qui le prouve, c'est que la quinine injectée sous la peau de certains animaux provoque la stupeur, tandis que la cinchonine détermine, au contraire, de véritables attaques d'épilepsie.

Un récent procès a montré, du reste et d'une façon irréfutable, combien diffère dans son action le sulfate de quinine mélangé à des sels d'alcaloïdes congénères, puisqu'on a pu administrer, sans produire le moindre accident (Hôtel-Dieu, service de M. Hérard) jusqu'à 4 grammes de ce mélange frauduleux !

Ce que nous venons de dire montre combien il est désirable que les médecins aient toujours à leur disposition du sulfate de quinine d'une pureté irréprochable. C'est afin d'éviter toute fraude, que MM. Armet de Lisle viennent d'ajouter à leur fabrication de sulfate de quinine de Pelletier celle de petites capsules composées d'une mince enveloppe de gomme, gélatine et sucre, de la grosseur d'un pois, transparente, contenant chacune 0,10 centigrammes du sel quinique, à l'état cristallisé soyeux, et se conservant indéfiniment. L'amertume du médicament se trouve ainsi entièrement supprimée, tout en mettant celui-ci d'une manière sûre et rapide, en présence des liquides de l'estomac, grâce à la facile solubilité de l'enveloppe. Tous les médecins savent que les pilules ou dragées préparées à l'avance dans les pharmacies, traversent souvent, sans y être dissoutes, les voies digestives. Si on en croit .... Legouest, les cachets ne seraient pas eux-mêmes exempts de ce reproche.

FORMULAIRE

SOLUTION A L'IODOFORME POUR INJECTIONS DANS LES CAS DE BLENNORRHAGIE AIGUE OU CHRONIQUE.

(CAMPANA).

Rec. Iodoforme..	20 grammes.
Acide phénique..	0,1 à 0,2 décigrammes.
Glycérine pure...	80 grammes.
Eau distillée...	20 —

M. s. a. Commencer par une seule injection dans les vingt-quatre heures et continuer au bout de trois ou quatre jours par deux et trois injections. Quand, au bout d'une dizaine de jours, des symptômes inflammatoires se seront amendés, on substituera à la solution à l'iodoforme une solution de sulfate de zinc dans de l'eau gommée.

E. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Suite et fin.—Voir le numéro précédent.

IV. — Voici encore un travail critique et des plus intéressants. Mme Perrée a conquis brillamment devant la Faculté de Paris le titre de docteur en médecine par une thèse fort bien menée qui constitue une étude générale sur les *Epanchements chyliformes des cavités séreuses* (1). On y trouve, les unes dans leur entier, les autres abrégées, toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, au nombre de vingt-huit. Et d'un examen approfondi de ces faits d'origines très diverses, Mme Perrée a pu en arriver à des conclusions précises que nous sommes heureux de reproduire. Car si le corps de la thèse donne la mesure des connaissances étendues et sérieuses de notre *confrère*, les conclusions montrent unie à un esprit sagace et à un jugement irréprochable, une qualité assez rare même en médecins, une réserve, une prudence tout à fait digne d'éloges.

A côté des épanchements classiques séreux, séro-fibrineux et purulent des cavités séreuses, il convient donc de distinguer une variété d'épanchement que la nature particulière du liquide permet d'appeler « chyliforme » ; cet épanchement, formé de graisse émulsionnée, ne provient, dit Mme Perrée, ni d'une transformation des globules de pus, ni d'un épanchement de chyle ; sa présence ne peut davantage être attribuée aux processus morbides qui servent à expliquer les autres épanchements ; outre sa nature particulière, le liquide de l'épanchement chyliforme se distingue par son abondance et la rapidité avec laquelle il se reproduit ; cet épanchement constitue une affection essentiellement chronique, tant par son mode de début que par sa marche, sa durée et sa terminaison, qui est presque toujours fatale.

V. — M. le docteur F. Guermonprez (de Lille), laissant de côté les bavures de fer, les échardes, etc., qui tous les jours s'enfoncent et restent comme corps étrangers sous la peau des artisans, a voulu spécialement signaler (2) chez les ouvriers de la métallurgie (3) deux séries de phénomènes « qui, loin de se présenter d'une manière habituelle, constituent en quelque sorte des exceptions, de véritables complications. Ce sont l'atrophie d'une part, les migrations d'autre part. »

1o Le processus atrophique débute ordinairement huit jours après le traumatisme. Il est annoncé par une sensation de fatigue étendue à la totalité du membre et survenant le soir,

(1) Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, in-8 de 90 pages.

(2) *Etude sur les corps étrangers spéciaux aux ouvriers de la métallurgie*, in-8, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1883.

(3) M. Guermonprez a continué ses études de *Chirurgie industrielle* dans deux publications plus récentes : 1° une brochure sur les *Plaies des ouvriers en bois* (Paris et Lille, in-8°, 1883); 2° un travail non moins intéressant sur les *Plaies par peignes de filature*.

après la jonrnée de travail. De la courbature, diverses douleurs apparaissent sans aller jusqu'à troubler le sommeil. L'avant-bras semble tuméfié. Il est sensible à la pression, non pas seulement dans le voisinage de la plaie, mais encore dans sa totalité. Après cette première période, ce qui domine, c'est l'impuissance du membre, mais pas assez grande pour contraindre l'ouvrier à interrompre son travail. Alors seulement l'atrophie musculaire est manifeste; elle fait des progrès continus pendant sept ou huit septénaires. Dans ce cas, l'avant-bras droit peut avoir quatre et même cinq centimètres de moins que le gauche, chez un sujet qui n'a jamais été gaucher et chez lequel on avait constaté antérieurement la prédominance normale du membre supérieur droit sur son congénère. Dans tous les cas observés, la guérison a été obtenue.

Le traitement employé comprend : d'une part les frictions stimulantes, d'autre part les courants induits et interrompus appliqués deux fois chaque jour, pendant dix minutes chaque fois, et sans aller jusqu'à la fatigue. Comme adjuvant, l'exercice modéré du membre et une chaleur constante assurée pendant la nuit à l'aide de cataplasmes de farine de graine de lin.

C'est habituellement après la lésion des nerfs que se manifestent les accidents atrophiques. Ces accidents atrophiques ont été observés soit chez des sujets malades, soit encore chez des hommes atteints presque simultanément de deux ou trois corps étrangers dans le même avant-bras.

2° Un corps étranger métallique peut demeurer longtemps inoffensif sans être ni enkysté, ni enchâtonné, ni encapsulé, ni même fixé. La migration s'accomplit sans difficulté à la faveur de l'isolement dû à une cicatrisation rapide de la plaie cutanée et probablement aussi à la faveur de la propreté d'un fragment métallique dont la surface est plus ou moins purifiée par la chaleur mécanique due au choc du marteau.

Le sens de la migration varie beaucoup; elle n'a d'importance que par la gêne produite dans les mouvements professionnels ou autres. Dans ces cas, la fatigue du travail, la contusion chronique pour ainsi dire, ne déterminent pas d'inflammation réellement phlegmoneuse, grâce sans doute à une application de sangsues dès le début ou au soin de pratiquer l'extraction sans retard, dès que la gêne des mouvements professionnels est bien établie.

VI. — MM. Bourneville et Bricon nous ont donné, sous un petit format, un *Manuel des injections sous-cutanées* (1) où l'on trouvera beaucoup plus que le titre ne semble promettre. C'est dans l'introduction que l'on a placé toute la partie dogmatique du travail. Quelques pages d'historique et des notions physiologiques sur l'absorption sous-cutanée précèdent des détails pratiques sur les solutions qui doivent être injectées. Puis viennent la description des variétés de seringues, de Fergusson, de Pravaz, etc., le manuel opératoire, et enfin une étude fort intéressante dans sa brièveté des accidents locaux qui peuvent survenir à la suite des injections hypodermiques.

Le corps de l'ouvrage est, à proprement parler, un vrai dictionnaire de matière médicale contenant, outre les substances habituellement et rationnellement employées par la méthode hypodermique, une multitude d'autres dont les unes n'ont servi jusqu'ici que sur des animaux en expérience, dont les autres n'ont dû être imaginées que par un empirisme effréné ou par un praticien aux abois. Ici nous voyons que l'acide phosphorique aurait été employé hypodermiquement contre les hémoptysies des phthisiques; là nous apprenons que Erlenmeyer a employé avec succès la nicotine contre le tétanos à la dose de 1 milligramme, tandis qu'il n'a obtenu aucun résultat d'une injection d'*oléandrine* dans l'épilepsie; là encore nous constatons que M. Wyschinski s'est adressé au sulfate de zinc dans un cas de dyspepsie rebelle.

MM. Bourneville et Bricon ont d'ailleurs eu le soin de mettre en tête de leur dictionnaire un avis qui indique leur opinion : « Beaucoup des formules de ce Manuel doivent être absolument abandonnées. » Et néanmoins nous approuvons nos deux confrères d'avoir fait un recueil aussi complet. On voit par ce travail d'ensemble quel bel avenir reste encore à la méthode hypodermique. Les erreurs ou les tâtonnements d'une méthode au début sont plus qu'excusables. En montrant aux travailleurs de demain ce qu'il est inutile, ce qu'il devient même dangereux de faire, on donne plus d'assurance au chercheur, on guide en quelque sorte ses pas.

VII. — Depuis les travaux de John Hutchinson, de Jourdanet, de Paul Bert, de Gréhant, de L. Pagliani, on a reconnu l'importance de l'amplitude des mouvements thoraciques comme moyen d'appréciation de la capacité vitale respiratoire de chaque individu. De ces notions théoriques, MM. Vacher et Unger à Davos, M. Armieux à Barèges, etc., ont cherché à tirer des applications à la thérapeutique des maladies chroniques des organes de la respiration.

M. le docteur J. Nicolas (1) a voulu expérimentalement se rendre un compte exact de l'action exercée par un séjour au Mont-Dore sur l'augmentation de la capacité vitale respiratoire. Il s'est servi d'un spiromètre constitué par une poche de caoutchouc plissée en soufflet, à laquelle s'adapte un tuyau terminé par une embouchure. A l'extrémité opposée est attaché un fil qui, après s'être enroulé sur la gorge d'une poulie, soutient un poids destiné à faire équilibre à la poche quel qu'en soit le degré de dilatation. Une aiguille suit le mouvement de la poulie et indique sur un cadran gradué en centimètres cubes le volume d'air introduit dans l'appareil.

Le malade est debout, emplit sa poitrine par une inspiration aussi profonde que possible; puis, appliquant sa bouche à l'orifice de l'instrument, il expire de toutes ses forces.

M. J. Nicolas conseille de ne pas tenir compte de la première manœuvre. « Pour arriver à son summum de puissance, dit-il, l'ampliation pulmonaire a besoin d'entraînement; mais si elle est répétée plus de quatre fois de suite avec efforts, la fatigue qu'ils provoquent la fait baisser d'une façon sensible. »

Les observations rapportées par M. J. Nicolas et recueillies tant à l'hôpital thermal que dans la clientèle privée ont trait à 19 malades dont 6 atteints de bronchite chronique. Chez tous ces malades, la capacité respiratoire a augmenté rapidement. Cette augmentation s'est produite progressivement; elle a été plus marquée chez les tuberculeux que chez les bronchitiques.

Sans attribuer à l'influence de l'altitude seule (le Mont-Dore est à 1,052 mètres au-dessus du niveau de la mer) l'accroissement de la capacité respiratoire qu'il a constatée, M. J. Nicolas croit qu'elle joue le principal rôle. Et cependant la médication en usage au Mont-Dore et la nature des eaux doivent contri-

(1) Un volume petit in-18 de xxxvi-174 pages. Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1883.

(1) *De l'augmentation de la capacité respiratoire vitale par le traitement aux eaux du Mont-Dore.* In-8, Paris, O. Doin, 1883.

bner, dans une certaine mesure, à la production de ce résultat.

Le mémoire de M. le docteur J. Nicolas est fort méritoire en ce qu'il montre quel intérêt la science et la thérapeutique peuvent tirer d'une étude sérieuse et intelligente des stations thermo-minérales.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — M. le docteur Georges Homolle, médecin des hôpitaux, vient de succomber, à l'âge de 38 ans, à la maladie dont il souffrait depuis longtemps. Ce jeune et sympathique confrère emporte dans la tombe d'unanimes regrets.

— On annonce aussi la mort, à Marseille, d'un autre jeune et distingué confrère, le docteur A. Richaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin des hôpitaux de Marseille et professeur suppléant à l'Ecole de plein exercice de cette ville.

—Nous avons encore le regret d'enregistrer la mort de M. le docteur Tessereau, ancien médecin consultant à Cauterets, ancien adjoint du 1er arrondissement de Paris.

***

Faculté de médecine de Paris. — M. Humbert, professeur agrégé, est chargé de remplacer M. le professeur Richet dans la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, pendant le semestre d'hiver 1883-1884.

— M. le professeur Charcot a commencé hier vendredi à l'hospice de la Salpêtrière le cours de clinique des maladies du système nerveux. — Tous les vendredis leçon à l'amphithéâtre. — Le lundi, leçon au lit du malade. — Le mardi consultation externe.

***

Collège de France. — M. Ranvier, professeur, commencera son cours le mardi 4 décembre, à quatre heures, et le continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure.

***

Conseils académiques. — M. Fleurot, professeur de clinique externe à l'Ecole de médecine de Dijon, désigné par les suffrages de ses collègues, a été déclaré membre du Conseil académique de cette ville.

M. Mollien, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine d'Amiens, a été nommé dans les mêmes conditions membre du Conseil académique de Douai.

***

Assistance publique a Paris. — MM. Fabre et Franckel sont nommés médecins du bureau de bienfaisance du dix-huitième arrondissement de Paris.

— Le concours du protectorat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de M. Alfred Ricard.

***

Assistance publique a Nancy. — Ont été nommés aides de clinique : MM. Vautrin, Brulard; internes provisoires : MM. Cherpittel, Saintin et Hugnet. L'inauguration du nouvel hôpital a eu lieu le mardi 6 novembre.

***

Académie de médecine. — L'Académie ne va pas encore rentrer dans ses habitudes traditionnelles relativement à ses séances annuelles. On avait espéré pouvoir, dans une même séance, réunir la distribution des prix de l'année courante à celle de 1882. Mais tous les rapports ne sont pas prêts. Le mardi 18 décembre prochain aura donc lieu la distribution des prix pour 1882. Dans une séance ultérieure, dont la date n'est pas fixée, on distribuera les prix pour l'année 1883.

***

Faculté de médecine de Bordeaux. — La rentrée solennelle des Facultés de Bordeaux a eu lieu le jeudi 22 novembre, sous la présidence du recteur, M. Ouvré. Le nombre des élèves de la Faculté de médecine s'est élevé durant le dernier exercice, de 628 à 681, celui des inscriptions de 1,486 à 1,589, et celui des examens de tous degrés de 725 à 1,000. Parmi les diplômes délivrés qui ont monté de 107 à 116, ceux de docteur comptent pour 29 et 44. Do pareils chiffres démontrent la prospérité croissante de la Faculté.

***

Nous venons de recevoir du ministère du commerce un exemplaire de la statistique quinquennale du personnel médical de la France : nous analyserons prochainement cet intéressant document.

***

Bourses d'enseignement supérieur. — Sont appelés à jouir, pendant l'année courante, d'une des branches instituées par la fondation de Barkow. MM. Ernest Copin, Jean-Henri-Cuvillier, élève de la Faculté de médecine et Georges-Alexandre Jaubert, élève de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

***

Hygiène publique. — Le décret du 18 février 1881 interdisant en France l'importation des viandes de porc salées de provenance américaine vient d'être rapporté.

***

Inspection médicale des écoles. — Ce service vient d'être réorganisé pour les écoles primaires et les écoles maternelles de la ville de Paris; ces établissements sont groupés en circonscriptions ayant chacune un effectif de quinze à vingt classes, chaque école maternelle comptant pour deux classes. Il est ainsi créé 120 places de médecins inspecteurs aux appointements de 800 francs par an. Ces médecins, tous pourvus du diplôme de docteur, sont nommés pour trois ans par le préfet de la Seine sur une liste de présentation dressée, dans chaque arrondissement, par le maire, de concert avec la délégation cantonale et contenant un nombre de noms double de celui des emplois à pourvoir.

***

Officiat de santé. — Dans une circulaire adressée aux recteur en date du 8 novembre dernier, le ministre de l'instruction publique précise les nouvelles conditions d'études des aspirants à l'officiat de santé. Les principales de ces conditions sont les suivantes :

Tout aspirant à l'officiat devra produire, pour prendre sa première inscription, le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou le certificat de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle.

Le nombre des inscriptions à prendre pour les aspirants à l'officiat est de seize, dans les Facultés comme dans les Ecoles préparatoires ou celles de plein exercice. Trois examens de fin d'année sont subis à la clôture des cours. Les examens définitifs ne peuvent être subis qu'après la seizième inscription et après l'entier achèvement du stage hospitalier. Ils comprennent des épreuves pratiques qui sont éliminatoires.

Les exercices pratiques sont obligatoires pour les candidats à l'officiat comme pour les candidats au doctorat.

Ces conditions nouvelles auront un double effet dont on ne peut que se réjouir : amoindrir la distance qui sépare l'officiat du doctorat et tendre ainsi à amener la suppression du premier grade.

— On se rappelle que l'an dernier des plaintes assez vives ont été formulées au sujet du sulfate de quinine employé dans les hôpitaux dépendant de l'Assistance publique. Ce produit était falsifié et n'avait aucune efficacité.

L'adjudicataire des produits pharmaceutiques à fournir à l'administration hospitalière était un Italien qui faisait venir d'Allemagne le sulfate de quinine, et l'action qui a pu être exercée contre la fraude allemande était à peu près sans effet.

Cette année, l'administration a pris soin de spécifier, dans le cahier des charges de la nouvelle adjudication qui va avoir lieu, que l'adjudicataire devrait être Français et que les produits devaient être préparés dans des usines françaises.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 16 au jeudi 22 novembre 1883

Fièvre typhoïde 31. — Variole 6. — Rougeole 7. — Scarlatine 1. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 44. — Dysentérie 0. — Erysipèle 9. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 51. — Phthisie pulmonaire 189. — Autres tuberculoses 10. — Autres affections générales 56 — Malformation et débilité des âges extrêmes 59. — Bronchite aiguë 38. — Pneumonie 65. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 46, — au sein et mixte 21. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 85. — de l'appareil circulatoire 85. — de l'appareil respiratoire 65. — de l'appareil digestif 41 — de l'appareil génito-urinaire 16. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 12. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 27. — Causes non classées 6. — Total de la semaine: 985 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance, par le docteur Henri Roger, ancien président de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants. — Tome second, Syphilis, coqueluche. 1 vol. in-8 de 840 pages. — Prix de l'ouvrage complet : 20 fr. — Paris, librairie Asselin et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

Des dyspepsies gastro-intestinales, clinique physiologique, par le professeur Germain Sée, 2e édition. 1 vol. in-8. — Prix : 10 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Cosmos-les-Mondes, revue hebdomadaire des sciences et de l'industrie vient de commencer la publication d'un Voyage au Tonkin, accomp'i, il y a plus de deux cents ans, par le célèbre voyageur Jean-Baptiste Tavernier. Cette relation est accompagnée de nombreuses planches tirées à part, représentant les magnifiques gravures en taille-douce de l'édition du temps. On trouve dans ce travail, qui joint au mérite de l'ancienneté celui d'une grande exactitude, les plus curieux détails sur les mœurs et les coutumes d'un pays qui appelle en ce moment toute notre attention — Pour recevoir les quatre numéros qui contiennent le récit de ce voyage, envoyer un mandat-poste de 3 francs à M. le directeur de Cosmos-les-Mondes, 49, rue de Grenelle, Paris.

Étude de pathologie comparée. — La fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme, par le docteur Servoles, lauréat (médaille d'argent) de la Faculté de Paris, vétérinaire en premier, secrétaire de la commission d'hygiène hippique. Un volume in-8 avec planches. — Prix : 8 fr. — Paris, librairie Asselin, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

54e année. 6e série. Tome V. N° 49 8 DÉCEMBRE 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 6 décembre 1883.

Intérêts professionnels : LES SYNDICATS MÉDICAUX. — L'ASSOCIATION GÉNÉRALE. — LA CAISSE DES PENSIONS DE DROIT. — LES ASSURANCES MUTUELLES ENTRE MÉDECINS (1).

IV

La Caisse des pensions de droit. — L'Association générale, avec la faible cotisation de 12 francs par an, est arrivée à constituer non seulement une caisse de secours, mais une caisse de pensions viagères dont le nombre et la quotité s'accroissent chaque année. La fortune de l'Association a grandi assez rapidement pour que, dès à présent, toute demande de pension soit favorablement accueillie. Mais il faut demander cette pension, il faut justifier qu'on en a besoin, subir les formalités toujours pénibles d'une enquête, prendre pour ses misères des confidents, pleins de discrétion et de délicatesse sans doute, mais que d'anciennes relations d'amitié n'ont pas désignés, que le cœur n'a pas choisis. Beaucoup de sociétaires reculent devant cette épreuve et lui préfèrent les plus rudes privations. Ils ont donné volontiers quand ils étaient dans l'aisance; ils ne peuvent se résoudre à solliciter la charité de leurs confrères quand le malheur s'est appesanti sur eux. Qui oserait incriminer leurs sentiments de fierté? Ne méritent-ils pas plutôt nos sympathies, nos encouragements pour l'exemple qu'ils donnent et, dans une profession comme la nôtre, ne doit-on pas chercher à élever les caractères?

Ce sont des préoccupations de cet ordre qui ont inspiré la pensée de substituer des pensions de droit aux pensions éventuelles créées par l'Association générale. On s'est demandé tout d'abord si, en modifiant sa constitution et en élevant le taux des cotisations annuelles, celle-ci ne pourrait pas résoudre pratiquement le problème. L'Association générale, justement fière de son rapide développement, du bien considérable qu'elle fait, et fortement imbue de l'esprit traditionnel, a jugé inopportun et imprudent de se transformer. Elle a peut-être sagement agi. Pour une œuvre comme celle qu'elle représente, il faut de la persévérance et de la stabilité. Mais ce n'est pas une raison pour renoncer à réaliser, en dehors d'elle, la conception du droit à la pension. De bons esprits ont étudié la question, mûri divers projets, et l'on peut dire que, dans un

(1) V. les nos 43, 45 et 46.

FEUILLETON

NOTIONS SUR LES SUBSTANCES EXPLOSIVES D'INVENTION MODERNE ET SUR LES BLESSURES QU'ELLES PRODUISENT. (Extraits d'une conférence faite à la Société française de secours aux blessés le 23 mai 1883 par le docteur S. Pozzi, membre du Conseil.)

Suite. — Voir les numéros 45, 46 et 47.

SIXIÈME SECTION.

COMPOSÉS ORGANIQUES TRAITÉS PAR L'ACIDE AZOTIQUE OU AZOTOSULFURIQUE.

En 1823 (1), Braconnot, chimiste de Nancy, découvrit la propriété que possède l'acide nitrique (ou azotique) de rendre explosifs les composés organiques Mais cette curieuse découverte ne sortit pas des laboratoires jusqu'au moment où Schœnbein, vingt-trois ans plus tard, en 1846, eut, d'après ce principe, fabriqué le fulmicoton. La Diète germanique, voulant rehausser l'éclat de cette prétendue découverte, n'hésita pas à accorder à Schœnbein une somme de 200,000 francs à titre de récompense nationale.

L'année suivante (1847), Sobrero fabriquait la nitroglycérine, autre application du principe du chimiste français, dont vingt ans après on devait faire de la dynamite.

Enfin on voit apparaître successivement dans ces dernières années la dualine, la nitromannite, etc, etc. Tous ces composés sont obtenus à peu près de la même façon et par la même méthode qui a donné à Braconnot la xyloïdine en traitant l'amidon par l'acide azotique Si Braconnot, au lieu de s'en tenir là, avait eu la pensée de traiter de la même manière le coton, la sciure de bois, la glycérine et une foule d'autres corps, il n'aurait rien laissé à faire à ses successeurs pour épuiser les applications du beau principe qu'il avait découvert.

Je ne vous parlerai que des plus employés et des plus terribles

(1) On a parfois donné à tort comme date de cette découverte importante 1832 et non 1823. Cette dernière est indiquée par le *Diction. de chimie* de Ad. Wurtz, tome II, 2e partie, p. 1167.

avenir très prochain, la création d'une caisse de pensions de droit sera un fait accompli.

Parmi les projets dont nous venons de parler, et à la discussion desquels nous avons pu tout récemment assister, il en est un qui a réuni tous les suffrages : il est dû à notre excellent confrère de Bordeaux, M. Lande, dont on connaît le dévouement et la compétence pour tout ce qui touche aux intérêts professionnels. Nous nous ferons un devoir, quand le plan développé par notre confrère sera définitivement arrêté, de le mettre sous les yeux de nos lecteurs. En attendant, il n'est pas inutile, afin de provoquer des réflexions et par cela même de multiplier les éléments de discussion, d'en donner une idée succincte.

M. Lande prend, comme type, le jeune confrère de trente ans qui entre dans la Société et, après trente ans d'exercice, c'est-à-dire à soixante ans, a droit à une pension de retraite. En payant une cotisation annuelle de 100 francs, ce confrère aura versé alors, intérêts compris, une somme, en chiffres ronds, de 5,600 francs. A partir de soixante ans, la Caisse lui servira de droit une pension annuelle qui ne devra pas excéder, mais pourra atteindre et, suivant les probabilités, atteindra promptement le chiffre de 1,200 francs

Pour avoir droit à la même pension, il faut évidemment avoir au préalable versé la même somme à la caisse de la Société. Les médecins qui entreront dans la Société après trente ans auront trois moyens de se libérer :

1° Ils solderont en une fois l'arriéré, c'est-à-dire les annuités écoulées depuis leur trentième année et paieront par la suite la cotisation annuelle de 100 francs jusqu'à l'âge de soixante ans ;

2° Ou bien ils paieront une cotisation annuelle supérieure à 100 francs, et calculée proportionnellement à leur âge, de manière qu'à soixante ans ils aient versé à la Caisse le capital fixé plus haut de 5,600 francs.

3° Ou bien encore ils ne paieront que 100 francs par an et recuAeront l'âge de leur retraite jusqu'au moment où ils auront complété le versement du même capital de 5,600 fr.; ou, s'ils prennent leur retraite avant cette époque, leur pension sera liquidée au prorata de leurs versements effectués.

Les médecins qui entreront dans la Société avant 30 ans paieront une cotisation inférieure à 100 francs et réduite proportionnellement à leur âge.

Toute maladie ou infirmité entraînant l'impossibilité absolue de continuer l'exercice de la médecine donne droit à la pension entière.

Tout sociétaire empêché de payer une ou plusieurs annuités n'est pas déchu de ses droits ; il les recouvre le jour où il reprend ses versements annuels. Pour avoir droit à la pension entière, il solde l'arriéré ou recule d'autant l'âge de la retraite ; ou bien la pension est liquidée à 60 ans au prorata des annuités par lui versées. Quand un sociétaire meurt, toutes les sommes versées par lui restent acquises au fonds social.

Les femmes de médecins sont admises, au même titre et aux mêmes conditions que leurs maris, à faire partie de la Société. Si le mari meurt, la veuve peut, ou continuer ses propres versements annuels jusqu'à l'âge de sa retraite, ou demander la liquidation immédiate de sa pension, liquidation qui est faite au prorata des sommes versées et en tenant compte de l'âge de la veuve.

Pendant les dix années qui suivront sa création, la Caisse ne servira aucune pension. Les sommes ainsi accumulées formeront, à la fin de la dixième année, un capital qui restera inaliénable et dont les intérêts contribueront, avec les cotisations annuelles des sociétaires, au service des pensions.

Durant cette période de dix années, si un sociétaire est frappé de maladie ou d'infirmité entraînant l'incapacité absolue d'exercice, la Société lui rembourse les sommes qu'il a versées, intérêts compris.

Même remboursement est effectué au profit de la femme d'un sociétaire qui fait elle-même partie de la Société et vient à perdre son mari.

Tout sociétaire ne peut faire valoir ses droits à la pension qu'après dix années de présence effective dans la Société.

Les revenus annuels de la Société se composent :

1° Des intérêts du capital inaliénable ;

2° Du produit des cotisations ;

3° Des dons et des legs.

Un tant pour cent de ces revenus est affecté au service des pensions.

Une fraction vient s'ajouter au capital inaliénable, qui grandit ainsi chaque année.

Enfin une troisième partie, comprenant en particulier la totalité des dons et des legs, contribue à former une caisse an-

---

de ces produits : le fulmi-coton, la nitroglycérine et la dynamite.

FULMI-COTON. — Sa préparation est très simple : il suffit de plonger du coton non cardé dans de l'acide azotique très concentré. Seulement, comme l'acide azotique sous cette forme coûte très cher, on a eu l'idée d'employer l'acide azotique du commerce en y ajoutant de l'acide sulfurique. Ce dernier est extrêmement avide d'eau et s'empare de celle que l'acide azotique contient en excès. Il le concentre sur place et à peu de frais, et on obtient ainsi le coton-poudre en floches, qui a l'apparence du coton ordinaire.

Le fulmi-coton a été préparé de cette manière jusqu'en 1863, époque à laquelle M. Abel, ingénieur anglais, frappé de la prompte décomposition de cette substance, de l'espace qu'elle occupait et de la difficulté de la comprimer sur le moment même dans la bouche à feu, inventa le coton poudre comprimé. C'est sous cette dernière forme qu'il est employé presque partout aujourd'hui, sauf cependant pour faire les tresses d'amorces. Dans ce cas, on s'en sert sous sa forme primitive.

Lo coton-poudre comprimé se présente sous différentes formes. Ce sont ou de grands gâteaux carrés, ayant 1 centimètre d'épaisseur et 12 centimètres de diamètre, ou de petits cubes de 4 centimètres, enfin des cylindres ou des disques de 24 à 33 centimètres de diamètre. C'est sous cette dernière forme que le pyroxyle est le plus souvent employé pour le chargement des torpilles.

Le fulmi-coton est un produit détonant d'une très grande importance. Chauffé à l'air libre, il s'enflamme et brûle avec une flamme jaunâtre, sans fumée et sans laisser presque de résidu. Cette combustion est assez rapide pour qu'elle puisse s'opérer sur de la poudre sans l'enflammer ou sur la main sans qu'elle soit brûlée. Chauffé dans un espace fermé, à parois résistantes, le coton-poudre détone en produisant des effets très énergiques. J'ai déjà indiqué ces particularités en décrivant les effets des explosions dites de *premier ordre*.

Pour donner un exemple des blessures produites par ce formidable agent de destruction, je vais rapporter une des observations prises par le docteur Buseb, directeur général du service de santé de la marine impériale russe, à la suite des explosions arrivées dans les arsenaux russes pendant les expériences de torpilles. Elle

nexe, destinée à venir en aide, dans des temps d'épreuves, aux sociétaires on à leurs venves.

Tel est l'aperçn rapide que nous ponvons donner dn projet en ce moment élaboré par MM. Lande, Verdalle et qnelques antres confrères. En le reproduisant plus tard, avec tous ses détails, nous nous proposons de l'examiner et de le discnter. Mais il est permis de dire, dès à présent, qn'il a reçu l'approbation de tons ceux qui en ont pris connaissance.

Et maintenant nons demanderons, comme nous l'avone fait à propos des syndicats médicaux, quels devront être les rapports entre l'Association générale et la Caisse des pensions de droit; notre réponse sera la même : les deux institntione devront fonctionner côte à côte, non en rivales, mais en amies. Bien que poureuivant le même but, elles diffèrent par le principe d'où elles partent et les moyens qu'elles emploient; elles s'adressent ainsi à des conditions différentes de notre profession et, loin de se faire véritablement concurrence, se complètent l'une l'autre.

Ce qui domine dans l'Association générale, c'est la question de sentiment. La Caisse des pensions de droit constitne une affaire dont le sucoès sera d'autant plus certain que la question de sentiment sera tenue plus éloignée.

Partant de son principe, l'Association générale compte tout autant, sinon plus, sur la générosité de ses membres à laquelle elle ne cesse de faire appel que sur le produit de leurs faibles cotisations. Celles-ci, mises à la portée de tous, ont pour but et pour effet de permettre aux plus déshérités de la profession de prendre part à l'œuvre de solidarité et de s'assurer ainsi des secours contre la mauvaise fortune. Sous ce rapport, l'Association générale a une mission spéciale à remplir. La Caisse des pensions de droit, en exigeant de ses sociétaires une épargne annuelle relativement considérable, s'adresse principalement à ce qu'on a appelé, non sans quelque justesse, le *tiers-état* de la profession médicale. Son champ d'action a donc des limites passé lesquelles l'Association générale reprend et continue l'œuvre de prévoyance que les deux institutions, ainsi que nous le disions plus haut, sont appelées à accomplir en s'appuyant, en se complétant réciproquement, tout en conservant leur indépendance respective.

(A suivre.)

Dr F. DE RANSE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

TUBERCULOSE ZOOGLŒIQUE; par MM. L. MALASSEZ et W. VIGNAL (1).

Il est des lésions tuberculeuses où le nombre de bacilles est en quantité si minime, que leur présence ne eaurait expliquer les lésions observées; il en est même où, quels que soient le nombre des coupes examinées, la méthode de préparation employée, il est impossible d'en tronver un seul (2).

Nous avons essayé d'expliquer ces faits, en inoculant des lésione tuberculeuses manifestement dénuées de bacilles, et en cherchant s'il existait, dans les tuberculoses produites, des bacilles on quelque antre forme on espèce de micro-organisme.

La première pièce que nous ayons rencontrée est un tubercule cutané chez un enfant qui venait de succomber à une méningite tuberculeuse. L'inoculation en série détermina des tuberculoses ayant tous les caractères des tuberculoses expérimentales ordinaires. Or, chez aucun des animaux des quatre premières générations d'inoculation, il ne fut possible de trouver un seul bacille; mais dans les tubercules récents il existait, au milieu du tissu de granulation, des masses finement granuleuses qu'on aurait pn prendre, au premier abord, pour des parties caséifiées. Il n'en était rien cependant : ces masses, en effet, se trouvaient dans les plus petits tubercules, dans ceux qui étaient tout à fait à leur début; certaines avaient des contours nettement séparés et bien distincts du tissn de granulation ambiant, et autour d'elles on ne voyait aucune cellule en voie de dégénérescence. Nous en avons même trouvé qui siégeaient en plein tissu sain ou à peine enflammé.

Les fins granules qui les composent sont remarquables par la régularité de leurs formes et de leurs dimensions; ils résistent à la potasse, à l'acide acétique, à l'éther (3); ils res-

(1) Travail du laboratoire d'Histologie du Collège de France

(2) Ces faits ont été reconnus par Koch lui-même dans sa communication à la Société de Berlin (ARCH FüA ANAT. UND PHYSIOL.; PHYSIOL., Abth., 1882, p. 19) et dans son article dans le BERL. KLIN. WOCH., numéro du 10 avril 1882.

(3) Ils se colorent vivement par l'hématoxyline et par le violet de méthyle; mais, quand on décolore, leur coloration ne persiste

est consignée dans l'excellente thése de M. Eugène Rochard (1), à laquelle j'ai fait de nombreux emprunts. Il faut noter que si le fulmi-coton entre pour la plus grande part dans cette explosion, le fulminate de mercure y entre aussi pour quelque chose.

Explosion sur la Striëlka à Nicolaïeff, le 7 novembre 1878. — « Le 4 novembre, le steamer *Vesta* débarquait, à la Striëlka, 177 torpilles sphéro-coniques, 11 torpilles de navire, 2 torpilles Harvey, 20 caisses de coton-poudre et 2 caisses d'amorces au fulminate de mercure. On devait retirer les charges d'amorce des torpilles sphéro-coniques et visiter le coton-poudre humide. Le 5 et le 6, l'opération commença. Le 7, avant midi, plusieurs officiers partirent, et il ne resta plus à la Striëlka que vingt électriciens et six torpilleurs sous le commandement d'un sous-officier. A onze heures et demie, l'explosion se produisait et tuait les vingt-six matelots présents sur les lieux. Il s'était creusé dans la terre deux entonnoirs énormes. Il n'y eut pas d'incendie, mais on trouva à des distances variant de 15 à 100 mètres des débris de torpilles, des gâteaux de coton-poudre en partie brûlés ou continuant à se consumer lentement.

« Nous n'avons pu nous procurer que l'extrait de deux autopsies; elles donnent l'état de deux cadavres qui ont été retirés de la rivière Ingoul le 21 et le 24 novembre de l'année 1878. Le premier ne forme qu'une masse composée de parties molles mâchées, de fragments d'os et de vêtements. On y reconnaît avec peine quelques morceaux de peau trouée et noirâtre, une partie du mésentère, un fragment de fémur dénudé. Ce dernier a été fracturé très irrégulièrement à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs. A la face dorsale du poignet, on observe plusieurs petites taches. Au bras, une bonne moitié de l'humérus exfolié et étant le siége d'une fissure superficielle apparaît au milieu d'une plaie dilacérée. Les os du crâne sont presque tous fissurés. Toutes les côtes du côté gauche sont brisées. Le péricarde est fendu dans le sens vertical. Le cœur, les poumons, le diaphragme, sont perforés ainsi que le foie sur plusieurs points. La rate et le rein gauche manquent complètement. Les intestins sont rompus en maints endroits. La vessie a disparu. Les os du bassin sont brisés et réduits en un certain nombre de fragments.

(1) *Des blessures causées par les substances explosibles*. Paris 1880.

semblent tout à fait à des micrococques qui seraient réunis en amas zooglœiques. Et, du reste, on les trouve en très grande quantité, non seulement chez les animaux inoculés directement, mais chez leurs nombreux descendants en inoculation, ce qui montre bien qu'on a affaire à un être vivant capable de se multiplier. Ces zooglœes paraissent joner, dans les tissus qu'elles infectent, le rôle de corps étrangers irritants et être ainsi la cause des granulations tuberculeuses, lesquelles auraient alors la signification d'un nodule inflammatoire produit par ces épines vivantes; ces tuberculoses mériteraient donc l'épithète de *zooglœiques*.

Il est aussi des zooglœes dont la périphérie, au lieu d'être nettement distincte du tissu de granulation ambiant, se perd dans celui-ci, comme si elles s'étaient désagrégées et répandues dans ce tissu Il en est même qui ont ainsi plus ou moins complètement diffusé et ne se présentent plus au milieu du tissu de granulation que sous forme de taches plus sombres, plus granuleuses, dont il est à peu près impossible de saisir la signification quand on n'a pas sous les yeux tous les intermédiaires avec les zooglœes facilement reconnaissables.

Dans les générations d'inoculation plus avancées et dans les lésions plus anciennes, les zooglœes avaient disparu, en apparence tout au moins. Mais à la cinquième nous avons trouvé un certain nombre de bacilles; puis, à la sixième, tandis que nous ne trouvions ni zooglœes distinctes, ni bacilles, chez un animal tué au huitième jour, il en existait, au contraire, une notable quantité chez un autre tué au trentième jour.

L'un de nous, ayant fait avec des fragments du même tubercule cutané des essais de culture d'après le procédé de Koch, obtint deux produits de culture qui furent inoculés. L'un donna lieu à une série de tuberculoses exactement semblables à celle que produit l'inoculation directe de ce tubercule cutané, c'est-à-dire des tuberculoses zooglœiques dans les premières générations, et bacillaires dans les suivantes. L'apparition des bacilles se fit à la troisième génération. L'autre produit de culture, qui nous avait paru moins bien réussi et qui ne fut inoculé qu'à un seul cochon d'Inde, détermina une tuberculose aiguë foudroyante et, dans les granulations, il fut trouvé, non des zooglœes, mais des bacilles en quantité considérable.

Nous avons encore pu nous procurer trois autres pièces de tuberculoses non bacillaires (elles sont très rares) : c'étaient des parois d'abcès ossifluents enlevées sur le vivant par le râclage, dans le service de M. Lannelongue. L'une d'elles, recueillie et inoculée par M. Castro, détermina encore une série de tuberculoses semblable à celle que causent le tubercule cutané et le produit de culture; les bacilles se montrèrent à la troisième génération. Les deux autres ont produit à la première génération d'inoculation (la seule que nous ayons examinée jusqu'ici), chez des animaux tués au onzième et au dix-septième jour, une tuberculose locale dans laquelle il n'a pas été possible de trouver des bacilles ou des zooglœes distinctes; peut-être y en avait-il de diffuses. Mais, chez les animaux tués au vingt-sixième et au vingt-neuvième jour, la tuberculose était déjà généralisée, et les granulations contenaient des bacilles.

Comme on le voit : 1° des lésions tuberculeuses sans bacilles peuvent produire par inoculation des tuberculoses bacillaires, ce qui fait supposer que le parasite phymatogène existe déjà chez elles, mais non sous la forme bacillaire; 2° ces mêmes lésions peuvent aussi produire des tuberculoses non bacillaires, mais dans lesquelles il existe une autre forme ou espèce de parasite, lequel doit être considéré comme cause de la maladie; ce sont des amas zooglœiques de micrococques, des gliocoques, les uns parfaitement distincts, les autres plus ou moins diffusés; 3° dans les générations ultérieures d'inoculation, les zooglœes peuvent disparaître et les bacilles apparaître.

Il semble donc que les bacilles, les zooglœes distinctes ou diffuses ne sont que des formes différentes du même micro-organisme, du parasite phymatogène. Cependant, comme nous n'avons pas encore pu saisir la transformation des zooglœes en bacilles, comme ces êtres ne se comportent pas de la même façon vis-à-vis des réactifs colorants, nous ne voulons rien affirmer (1). Ne se pourrait-il pas, par exemple, qu'ils soient d'espèces différentes, mais que les bacilles ne pas comme cela a lieu pour beaucoup d'autres micrococques. Les méthodes de coloration qui mettent si bien en relief les bacilles de Koch n'ont pas d'action sur eux. Nous ne leur avons pas encore trouvé de technique qui leur soit spéciale.

(1) Nous ferons les mêmes réserves à propos des parasites décrits antérieurement dans la tuberculose, par Klebs, Aufrecht, Toussaint et autres.

« Le second cadavre est retiré de l'eau presque complètement nu : il ne reste que les bottes et quelques débris de pantalon qui y tiennent. La voûte cranienne a été arrachée de telle façon qu'on voit la base du crâne vide. Le visage n'est pas reconnaissable. Les yeux et le nez sont emportés; une partie de la mâchoire manque. Les vertèbres cervicales sont brisées. Les deux membres supérieurs ont disparu. Sur la ligne axillaire gauche, on aperçoit une large blessure d'où sortent les fragments des côtes fracassées. Du creux de l'aisselle s'échappe un lambeau de peau pendant, retenant un débris osseux, probablement une partie de l'humérus. Tous les viscères contenus dans le thorax et dans l'abdomen sont broyés. Les os du bassin et des membres inférieurs sont fracturés comminutivement. Le tronc est troué comme un crible et au milieu de tous ces désordres les pieds sont seuls restés intacts. »

Je n'ajouterai rien à ce terrible procès-verbal, si éloquent dans sa froide précision.

NITRO-GLYCÉRINE. — C'est à Asconio Sobrero, chimiste italien, qui travaillait alors dans le laboratoire de Pelouze, à l'Institut, qu'est due l'invention de la nitro-glycérine en 1847. On obtient ce liquide par l'action d'un mélange d'acide sulfurique d'une densité de 66° et d'acide azotique à 50° sur la glycérine à 31°. Dans cette opération, qui exige beaucoup de soins et qui est très dangereuse, on empêche la température du mélange de s'élever à plus de 25 à 30° par un courant constant d'eau froide. Si cette réaction était livrée à elle-même ou que la glycérine arrivât en trop grande quantité à la fois dans le mélange acide, la température pourrait s'élever au point de mettre le feu à la masse et d'en déterminer l'explosion Telle a été l'origine de certains accidents. Aussi a-t-on inauguré à la poudrerie de Vonges une méthode (mélanges sulfoglycérique et sulfonitrique) qui a pour but de simplifier beaucoup la fabrication et de la rendre moins dangereuse.

La nitro-glycérine éclate au moindre choc et parfois sans que l'on sache pourquoi, spontanément. Enfermée dans un flacon qui en contient quelques grammes, elle détone rien que par sa propre chute en tombant de deux mètres sur un sol ferme.

En 1864, M. Nobel essaya d'appliquer la nitro-glycérine à l'industrie à l'extraction des roches; on versait alors le produit pur dans les trous de mine et on le faisait détoner sous l'influence de l'explosion d'une petite quantité de poudre enfermée dans un sa-

puissent apparaître que lorsque le terrain aurait été préparé par les zooglœes ?

En tout cas, si l'existence des bacilles de Koch peut démontrer la nature tuberculeuse d'une lésion, la réciproque n'est pas vraie, puisqu'il peut y avoir des tuberculoses sans bacilles.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE OUVERTS DANS L'ESTOMAC, PRINCIPALEMENT AU POINT DE VUE DU PRONOSTIC, par le docteur LIANDIER.

Il y a deux ans, dans le service de notre excellent maître, M. le docteur Blachez, nous observions un kyste hydatique du foie qui venait de s'ouvrir dans l'estomac. Quelques accidents survinrent, mais enfin tous les symptômes s'apaisèrent et la malade quitta l'hôpital, sinon complètement guérie, du moins dans un état très satisfaisant. Nous voulûmes alors nous rendre compte de la fréquence des guérisons à la suite de cet accident, et après avoir parcouru les articles des deux Dictionnaires de *médecine pratique* et des *sciences médicales* nous crûmes avoir assisté à une terminaison exceptionnelle d'une évolution, bien rare elle-même, des échinocoques hépatiques. Mais, il y a quelques mois, notre excellent collègue et ami Bruchet observait un cas tout à fait comparable au nôtre et qui se terminait également d'une manière favorable. Poussant alors plus loin nos recherches, nous ne tardions pas à nous convaincre que les auteurs qui se sont occupés des tumeurs hydatiques du foie étaient fort peu d'accord sur le pronostic de leur élimination stomacale, ce qui nous a décidé à grouper autour de notre cas les faits analogues que nous avons rencontrés dans nos lectures et à voir quelle était la proportion des guérisons. Ce sont les résultats de ces recherches que nous donnons ici.

L'ouverture des kystes hydatiques du foie dans l'estomac est un fait assez rare. Ainsi Davaine, sur 166 cas d'ouverture spontanée de ces poches, en rapporte 22 où la rupture s'est faite dans l'estomac ou l'intestin. Letourneur, dans sa thèse datée de 1873, sur 33 cas de rupture dans le tube digestif, n'en compte que 4 dans l'estomac dont 2 douteux. Le rapport serait celui-ci : pour 249 kystes ouverts spontanément, 4 au plus se seraient ouverts dans l'estomac ; toutefois ce rapport est évidemment trop faible. De la lecture attentive du travail de Letourneur résulte pour nous la conviction que dans neuf des cas qu'il rapporte il y a eu ouverture intragastrique. Ce nombre doit être pourtant réduit à huit, les observations XIV et XXIII se rapportant au même fait. Il y a là un exemple de double emploi s'expliquant du reste par ce fait que l'observation due à Lind a été rapportée ailleurs par Frank d'une façon très succincte et sans nom d'auteur. Restent donc huit cas qui nous semblent bien avérés, quoi qu'en pense Letourneur. Mais cette terminaison, pour être moins rare que ne pensait l'auteur dont nous parlons, n'en doit pas moins être considérée comme l'étant encore beaucoup. Aussi s'efforce-t-il d'expliquer cette rareté, et pour cela il invoque trois causes :

La première serait le siège même des vers cystiques plus fréquent dans le lobe droit que dans le lobe gauche;

La deuxième, le peu d'étendue des rapports que le foie affecte avec l'estomac dans l'état de vacuité ;

La troisième, la difficulté que les alternatives de distension et de relâchement de ce dernier organe apporteraient à l'établissement d'adhérences.

Est-ce au peu de fréquence de cet accident que nous devons rapporter les dissidences qui séparent les auteurs au point de vue de son pronostic ? Nous le pensons ; mais en tout cas ces dissidences sont grandes.

En 1856, notre excellent maître M. Cadet de Gassicourt étudiait dans sa thèse inaugurale la rupture des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale et dans les organes voisins. Ne disposant que de deux cas de perforation stomacale, tous deux terminés par la mort, ceux de Duchaussoy et de Cruveilhier, il devait porter sur cette terminaison un pronostic très grave. Aussi fait-il remarquer que, même lorsque les hydatides sont éliminées uniquement par les selles, le pronostic doit être réservé, car dans le cas de Duchaussoy il n'y eut point de vomissements, bien que la poche se fût vidée dans l'estomac.

Au contraire, Davaine (*Traité des entozoaires*, 1859) porte un pronostic beaucoup plus favorable. « Cet accident, dit-il en parlant de l'ouverture des kystes dans l'estomac ou l'intestin, amène ordinairement une terminaison favorable de la maladie. »

Nous avons opposé ces deux auteurs l'un à l'autre, non seu-

chet suspendu au centre de la charge. On bourrait soit avec de l'eau, soit avec le sable fin provenant du forage du trou. Dans ce dernier cas, suivant la judicieuse remarque de M. E. Turpin, il se formait en quelque sorte naturellement le mélange qu'on a appelé plus tard *dynamite*.

(A suivre.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. Pierre Parisot.

— Deux concours s'ouvriront, l'un le 18 décembre prochain pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie pathologique, l'autre le 15 janvier 1884, pour l'emploi de chef des travaux chimiques.

— M. Rohner, agrégé, est chargé du cours annexe de clinique ophthalmoscopique.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Sont nommés : M. Sigalas, préparateur de physique, et M. Princeteau, prosecteur pour trois ans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Sont nommés : M. Masson, chef de clinique ophthalmoscopique ; M. Peilhon, chef de clinique obstétricale ; M. Weill, chef de clinique médicale ; M. Héron, aide d'anatomie provisoire.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Gilis est nommé prosecteur pour trois ans.

***

HOSPICES CIVILS DE BORDEAUX. — Un concours s'ouvrira le 19 février 1884 pour une place de chirurgien-adjoint.

***

Le docteur Galizowski commencera son cours sur les maladies des yeux à l'École pratique de la Faculté (amphithéâtre n° 2), vendredi prochain 7 décembre, à huit heures du soir, et il le continuera les lundis et les vendredis suivants à la même heure. Ce cours comprendra : l'Étude des affections oculaires dans les maladies de la moelle épinière et du cerveau. — La fin de chaque séance sera consacrée à des démonstrations ophthalmoscopiques.

lement en raison de la divergence énorme de leurs opinions, mais aussi parce qu'ile nous paraissent être ceux qui ont le plus été consultés par les auteurs suivants, et cela souvent à l'exclusion l'un de l'autre. Letonrneur, par exemple, s'est évidemment laissé entraîner par les conclusions de M. Cadet de Gassicourt. Bien qu'il ait lu Davaine et qu'il rapporte des observations qui nous semblent des exemples évidents de ruptures dans l'estomac terminées par guérison, il ne paraît accepter comme cas de perforation stomacale que ceux qui ont subi le contrôle de ~~l'analyse~~ l'autopsie.

On comprend quel doit être fatalement le pronostic, alors qu'on exige pareil critérium pour le diagnostic. Au surplus, nous reviendrons un peu plus loin sur ce sujet.

Ouvrons maintenant les auteurs classiques qui se sont occupés de cette question. Un certain nombre ne séparent pas dans leur étude les cas où le kyste s'est rompu dans l'estomac de ceux où il s'est ouvert dans l'intestin. Lisons Frerichs, par exemple :

Après avoir parlé des cas où les hydatides se sont éliminées par les voies respiratoires, il ajoute :

« La rupture des échinocoques dans l'estomac et l'intestin offre bien moins de danger... Le plus souvent, l'orifice de communication est étroit, et les hydatides ne sont évacuées que lentement et à de rares intervalles, ordinairement par les selles, plus rarement par les vomissements lorsque la poche s'est ouverte dans l'estomac, quelquefois par le haut et le bas en même temps. *La guérison est alors le cas le plus commun.* »

Plus loin, nous trouvons ces mots :

« La guérison est la règle dans le cas où les échinocoques prennent cette direction. »

Plue loin encore :

« D'autres fois, la guérison est consécutive à l'évacuation à travers l'estomac ou l'intestin. »

C'est, dit Murchison, parlant de l'ouverture de la poche dans l'estomac et l'intestin, la direction la plus favorable dans laquelle la tumeur puisse se rompre.

Grisolle, M. Jaccoud regardent aussi l'ouverture intra-gastrique comme préférable à l'ouverture dans les bronches ; toutefois le premier n'admet qu'en hésitant cette assertion, contredite, dit-il, par un habile observateur, le docteur Leudet.

A côté de ces auteurs, d'autres, dont l'autorité n'est pas moindre, professent une opinion tout opposée.

Trousseau, dans ses Cliniques, ne fait qu'une courte allusion à l'élimination par la voie gastrique, cas le plus rare, dit-il, et aussi le moins favorable de beaucoup. Cette opinion est aussi celle de Cruveilhier.

Les cas de perforation stomacale, dit M. Duplay (PATH. EXT., t. V), sont presque fatalement mortels. Le même pronostic est porté par M. Rendu (DICT. ENCYCLOP.) et M. Dieulafoy (MAN. DE PATH. INT.).

M. Jules Simon, dans son article *Foie* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, s'exprime ainsi (p. 165) :

« Quand le kyste s'ouvre dans l'estomac on l'intestin, l'orifice de communication est étroit et les hydatides s'écoulent petit à petit. La guérison est la règle, quoiqu'on ait observé des cas de mort. »

Mais c'est certainement une erreur de typographie qui a fait ajouter ces mots : dans l'estomac. Nous trouvons, en effet, dans le même article, page 168 : Les perforations stomacales sont toujours mortelles.

Deux pages plus loin : « L'ouverture dans l'estomac est toujours mortelle ; » et enfin, page 173 : La perforation de l'estomac n'offre aucune chance de salut. »

Nous avons assez mis en relief les divergences des auteurs sur le sujet qui nous occupe : où est la vérité ? Tout d'abord, il pourrait paraître étrange que l'évacuation intestinale soit plus favorable que la rupture dans un organe fortement musclé, qui peut si facilement rejeter au dehors les corps étrangers qui viennent à y pénétrer et qui, d'ailleurs, habitué à recevoir des aliments à peine modifiés, doit présenter pour les substances étrangères une tolérance bien plus grande que l'intestin dans lequel les aliments ne pénètrent guère que chymifiés. Mais c'est justement dans les cas de rupture dans l'estomac que les hydatides viennent se mettre en rapport avec la muqueuse de l'intestin grêle. Lorsque le kyste s'ouvre dans l'intestin, en effet, c'est presque toujours avec le côlon qu'il communique, et les échinocoques n'ont qu'un trajet assez court à parcourir pour être éliminés.

C'est donc uniquement par l'étude des faits que l'on peut juger de la gravité d'une rupture intragastrique ; mais puisque nous admettons que la guérison est le cas le plus fréquent, le contrôle de l'autopsie va nous manquer, et nous devons dire quelques mots de la valeur des signes *qui nous permettront* de poser le diagnostic.

(A suivre).

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

TRAVAUX FRANÇAIS

(Suite. — Voir le numéro 44 et 47.)

NOTE SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE PRÉMATURÉE, A PROPOS D'UN CAS REMARQUABLE OBSERVÉ CHEZ UN JEUNE HOMME DE DIX-NEUF ANS, par le docteur E. RÉGIS (l'*Encéphale*, 1883, n° 4).

A côté de la paralysie générale qui se développe à la période moyenne de la vie, et qui est la vraie, il en existe d'autres cas qui surviennent les uns bien avant, les autres bien après l'époque ordinaire, avant 25 ans et après 65, par exemple. Les premiers peuvent être désignés sous le nom de *paralysie générale prématurée*, les seconds sous celui de *paralysie générale tardive*.

Les cas de paralysie générale prématurée, ou avant 25 ans, sont très rares, et il n'en existe qu'un petit nombre de cas, cités par des auteurs étrangers. Les cas de paralysie générale survenus avant l'âge de 20 ans sont tellement exceptionnels qu'il n'en existe qu'un seul exemple, rapporté par un médecin irlandais. Encore prête-t-il à la contestation. Le malade dont l'observation précède et qui a été atteint de paralysie générale avant 19 ans est le seul qui soit hors de conteste.

Contrairement à ce qui a lieu pour la paralysie générale vraie, *climatérique*, la paralysie générale prématurée reconnaît habituellement pour cause un facteur étiologique puissant, tel que l'hérédité, la syphilis, les traumatismes, le saturnisme, les diathèses générales ou locales. Toutes ces causes paraissent déterminer dans ce cas une prédisposition hâtive et placer prématurément le cerveau dans les conditions anatomiques où il se trouve à l'époque de la maturité de la vie.

La paralysie générale prématurée a, d'habitude, une marche

plus lente et une durée plus longue ; elle est plus fréquemment sujette aux rémisions ; enfin elle est susceptible d'une guérison plus ou moins durable, ce qui concorde avec ce que l'on sait de la curabilité possible des paralysies générales développées sous l'influence d'une cause matérielle ou spécifique.

Examen de l'état mental d'un incendiaire, par le docteur A. Motet (l'*Encéphale*, 1883, n° 4).

Intéressante relation médico-légale d'un cas d'incendie répété, accompli inconsciemment par un épileptique.

A l'occasion de ce fait, M. Motet rappelle les mesures que la commission de revision de la loi de 1838 a proposées relativement aux malades dangereux, et souhaite de les voir se réaliser bientôt, c'est-à-dire de voir se fonder un asile pour les aliénés criminels analogue au Broadmoor anglais.

Troubles trophiques de l'organisme dans la paralysie générale, par le docteur Henry Bonnet (l'*Encéphale*, 1883, n° 5).

L'auteur a été le premier à signaler en 1860 les phénomènes de dénutrition progressive que présentent les paralysés généraux. Depuis, il a repris la question avec le professeur Poincarré, et après avoir montré que la dénutrition se manifestait dans tous les systèmes de l'économie, notamment dans le système osseux et cutané, au cours de la paralysie générale, il en était arrivé à conclure que le principe de la maladie résidait non pas dans le cerveau, mais dans l'appareil du grand sympathique.

Aujourd'hui, l'auteur cite deux faits nouveaux de dénutrition relatifs à des organes génitaux gravides, et il en conclut à nouveau que la paralysie générale est, de la façon la plus évidente, une maladie de la grande chaîne ganglionnaire aboutissant à une dénutrition générale de tout l'être.

Des hallucinations bilatérales a caractère différent suivant le côté affecté dans le délire chronique, par M. Dumontpallier (*Union médicale*, 1883, n°s 69, 71).

Il existe des malades, comme on sait, dont les hallucinations changent de caractère suivant le côté qu'elles affectent. A droite, par exemple, un malade entendra toujours des voix agréables ; à gauche, il n'entendra que des injures. Ces hallucinations, que M. Dumontpallier appelle « hallucinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté », et qu'il serait plus court et plus exact d'appeler *hallucinations dédoublées*, nom qu'on donnait autrefois aux hallucinations unilatérales, M. Dumontpallier les attribue à l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux.

Le docteur Robertson avait déjà formulé la même explication pour les hallucinations unilatérales.

Morphinomanie, par le docteur A. Motet. — (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1873, n° 7.)

Rapport médico-légal sur l'état mental d'une jeune femme inculpée de vol et qui était atteinte de troubles cérébraux graves consécutifs à l'abus des injections de morphine.

(A suivre.)

Dr E. Régis.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Cinquante-sixième réunion des naturalistes et des médecins allemands

tenue à Fribourg du 18 au 23 septembre 1883.

Suite et fin — Voir les numéros 43, 45, 46 et 47.

Section de gynécologie.

De l'emploi du bromure d'éthyle dans la pratique obstétricale, par M. Müller (de Berne). — L'action analgésiante du bromure d'éthyle ne s'est manifestée que dans un tiers des cas. Pas d'effets fâcheux.

Hegar est d'avis que le chloroforme doit être préféré à tous les autres anesthésiques expérimentés jusqu'ici.

—*De la déchirure du plancher du petit bassin pendant l'accouchement*, par M Schatz (de Rostock). — L'auteur croit que la déchirure de la portion musculeuse du plancher du petit bassin n'a pas jusqu'ici suffisamment attiré l'attention des accoucheurs et sa communication vise à combler cette lacune.

— M. Simpson (d'Edimbourg), présente un instrument auquel il a donné le nom de *basilyst*, qui est destiné à perforer le crâne du fœtus retenu dans un bassin trop étroit, et qui permet d'élargir à volonté l'orifice de perforation.

— *De la grossesse extra-utérine*, par M. Freund (de Strasbourg). — L'auteur rapporte un cas de grossesse extra-utérine où, selon lui, l'implantation vicieuse de l'œuf aurait eu pour cause une vive frayeur éprouvée par la femme au moment de la fécondation, et il passe en revue les diverses hypothèses qu'on a proposées pour rendre compte de ce genre d'anomalie. M. Freund a consacré un chapitre spécial au traitement de la grossesse extra-utérine. (Ponction du kyste fœtal avec injections de morphine pour tuer le fruit avant le troisième mois. Après cette époque, expectation et laparotomie, une fois que se manifestent des phénomènes de réaction locale ou générale.)

— *Contribution à l'anthropologie du bassin*, par M. Prochownick de Hambourg). — Résultats de l'examen de 60 bassins formant la collection du musée Godefroy, de Hambourg.

— *De la rupture de l'utérus*, par M. Kaltenbach (de Giessen).

— *De l'emploi de l'hydrastis canadensis en gynécologie*, par M. Schatz (de Rostock). — Ce nouveau médicament a été expérimenté par M. Schatz dans cinquante cas d'affections génitales chez la femme. Son action paraît être surtout de diminuer l'afflux du sang vers les organes génitaux. L'auteur l'a employé avec succès dans des cas d'hémorrhagies où le seigle ergoté n'avait donné aucun résultat ou avait même aggravé le mal, en particulier dans des cas de métrorrhagies dépendant d'un fibrôme, dans des cas de ménorrhagies survenues chez des filles et des femmes de tout âge, dans des cas d'endométrite, où l'emploi de la curette n'avait pas réussi à tarir les pertes de sang. Dose : trois fois par jour, 20 gouttes de l'extrait fluide. Il est souvent nécessaire de continuer l'emploi du médicament pendant un temps assez long, ce qui a lieu sans inconvénient pour la santé des femmes

— *De la menstruation*, par M. Hegar (de Fribourg).

— *De la situation normale et de l'état anormal de l'utérus et des causes anatomo-pathologiques du phénomène « antéflexion »*, par M. Bandl (de Vienne).

— *Sur la technique du traitement utérin*, par le même.

— *De la cautérisation ponctuée de la portion vaginale*, par M. Prochownick, de Hambourg.

— *De l'orifice interne du col de l'utérus*, par le docteur Schater, de Rostock.

— *Un cas de grossesse dans la corne latérale rudimentaire d'un utérus unicorne*, par le docteur Kaltenbach.

— *Remarques sur la spondylolisthésis*, par M. NEUGEBAUER, de Varsovie.

— *Démonstration de deux humérus provenant d'un enfant âgé de huit semaines*, par M. KOSTNER, d'Iéna.

— *De l'emploi du sublimé comme désinfectant dans la pratique gynécologique*, par M. KEHRER, de Heidelberg.

— *Un cas d'opération de Porro chez une femme ostéomalacique qui avait accouché douze fois*, par le même.

SECTION DE CHIRURGIE

— *De la déchirure traumatique de la vessie*, par M. BECK, de Carlsruhe.

— *De l'arrêt des hémorrhagies artérielles au moyen du tamponnement antiseptique*, par M. KOSTER, de Berlin.

— *Du développement de l'os intermaxillaire*, par M. ALBRECHT, de Bruxelles.

— *De l'actinomycose chez l'homme, avec présentation de malade*, par M. MIDDELDORF, de Fribourg.

— *Démonstration d'un cas de carcinome de la face, avec ulcération profonde*, par M. HERZOG, de Munich.

— *Des tumeurs des os*, par M. HOFFA, de Wurtzbourg.

— *De la fracture de l'apophyse cubitale*, par M. DUMER, de Fribourg.

— *De la péri-uréthrite tuberculeuse*, par M. ENGLISCH, de Vienne.

— *Un cas d'angiosarcome central du tibia*, par M. BAUMOLLER, de Fribourg.

— *Du traitement du goitre*, par M. MAAS, de Fribourg.

— *Présentation d'un malade presque entièrement guéri d'une fracture de l'extrémité inférieure de la jambe avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne, et traité au moyen de l'iodoforme*, par M. SCHINZINGER, de Fribourg.

E. RICKLIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 novembre 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

EFFETS PRODUITS PAR UN COUP DE FOUDRE A RAMBOUILLET. Note de M. A. LAUGIER, présentée par M. Faye.

Samedi, 10 novembre, à 11 heures 30 minutes du matin, deux personnes ont été tuées par la foudre sur le territoire de Rambouillet.

L'orage a commencé subitement par une violente grêle, suivie presque immédiatement d'un éclair et d'un coup de tonnerre simultanés, puis d'un second coup plus lointain, cinq minutes après.

C'est le premier coup de foudre qui a tué raides deux cultivateurs de cinquante à soixante ans, le mari et la femme, qui, surpris par la grêle, avaient été chercher un refuge sous un peuplier, au milieu d'un champ, à 500 mètres environ des maisons du hameau de Grenonvilliers, dépendant de Rambouillet. L'arbre a été coupé en deux : les deux victimes, dont les vêtements ont été déchirés et roussis, ont été frappées principalement à la tête; le crâne de chacune d'elles était fracturé et percé à sa partie supérieure d'un large trou, profond, circulaire comme celui qu'aurait pu produire un projectile d'un très gros calibre.

Une troisième personne, une femme âgée de soixante ans environ, qui se trouvait sous le même arbre, a eu seulement ses vêtements réduits en lambeaux et une légère brûlure à la tête et à l'un des coudes. Elle a déclaré n'avoir entendu aucun bruit, et à la vue de ses deux compagnons foudroyés, s'est sauvée tout affolée jusqu'au hameau de Grenonvilliers, où elle a reçu les soins nécessaires.

La bourrasque avait duré au plus une demi-heure, de 11 h. 30 à midi.

Séance du 26 novembre 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

SUR LA VITESSE DES TRANSMISSIONS VISUELLES, AUDITIVES ET TACTILES. — Note de M. A. BLOCH, présentée par M. Paul Bert.

Des trois sensations étudiées, la vision est la plus rapide; puis vient l'audition dont la transmission dure 1/72 de seconde de plus que la transmission visuelle; enfin le toucher sur la main, dont la transmission dure 1/21 de seconde de plus que la transmission visuelle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 décembre 1883. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. Dezanneau (d'Angers), qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant; 2° un pli cacheté, déposé par M. Mathieu (accepté); 3° une note de M. le docteur Sandras, *sur les inhalations médicamenteuses.*

M. LE PRÉSIDENT annonce que la séance annuelle de 1882 (distribution des prix) aura lieu le 18 décembre courant.

— DE L'INOCULATION PRÉVENTIVE AVEC LES CULTURES CHARBONNEUSES ATTÉNUÉES PAR LA MÉTHODE DE CHAUFFAGES RAPIDES. — M. CHAUVEAU (de Lyon) adresse une note sur ce sujet :

Comme milieu de culture, je me sers, dit l'auteur, de bouillon de poulet léger et clair, préparé avec une partie de viande pour cinq parties d'eau.

Pour obtenir la semence, je féconde toujours le matras où elle doit se faire avec du sang frais de cobaye, et je ne prolonge jamais la culture au delà de vingt-quatre heures, la température étant maintenue à + 43°. L'expérience m'a enseigné que c'est dans la période comprise entre la douzième heure et la vingtième heure de la culture que le mycelium fragmenté qui en résulte est le mieux disposé à subir l'atténuation par le chauffage rapide.

C'est à la température + 47° que j'expose pendant trois heures le mycelium de cette culture, pour y déterminer l'atténuation fondamentale.

Pour les cultures de deuxième génération qui fournissent la matière dite vaccinale, il faut veiller à ce que cette couche soit également épaisse dans tous les récipients, sans quoi on s'expose à obtenir des résultats fort divers. Le résultat normal s'observe communément dans les matras Pasteur, du modèle ordinaire le plus grand, garnis de 20 grammes de bouillon. La culture qui résulte de l'exposition de ces matras à la température + 35°, + 37°, pendant cinq à sept jours, est généralement plus ou moins riche en belles spores, douées d'un commencement d'atténuation et surtout de la propriété de s'atténuer davantage sous l'influence du chauffage à + 80°, + 82° pendant une heure et demie.

— BACILLES ET MYCROZYMAS. — M. BÉCHAMP : M. Bouchardat vous a communiqué un travail sur la genèse du parasite, de certaines maladies contagieuses, et j'ai constaté avec plaisir que nous étions d'accord sur ce point, que les maladies naissaient en nous par le développement pathologique de parasites. Seulement, là où nous sommes en désaccord, c'est quand il dit que ce sont les organites qui se transforment en parasites. Les organites dont il parle sont des cellules; or, on ne vit jamais une cellule quelconque se transformer en vibrionien, en un être vivant.

Pour que je fusse absolument de l'avis de M. Bouchardat, il faudrait qu'il admît que les organites élémentaires ne sont pas des bactéries, mais que ce sont des éléments susceptibles d'évoluer en donnant naissance à des bactéries.

— L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique.

Votants : 85. — Majorité : 43.

M. Vidal obtient 57 voix ; — M. Hayem, 24 ; — M. Blachez, 1 ; M. Desnos, 1 ; — Bulletins blancs, 3.

En conséquence, M. Vidal ayant obtenu la majorité des suffrages est élu.

— Diagnostic des phthisies pulmonaires douteuses par la présence des bacilles dans les crachats. — M. Germain Sée : La phthisie, ainsi que cela résulte des travaux de Cornil et Hérard, Grancher, Charcot, doit être considérée comme une, et la pneumonie dite caséeuse n'est qu'une variété de phthisie. Ce qui est vrai pour la phthisie humaine est vrai également pour la phthisie provoquée sur les animaux : il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler les belles expériences de Villemin.

Il résulte de ces considérations que l'élément primordial de la phthisie est, comme l'avait déjà pressenti Laënnec, un élément spécifique. On peut ajouter, aujourd'hui, que cet élément est virulent, transmissible, grâce à la présence de parasites qui ne sont autres que les bacilles découverts par Koch.

Ces bacilles, qui se présentent sous la forme de bâtonnets très minces, dont la longueur égale le quart ou la moitié d'un globule sanguin, se rencontrent dans tous les produits tuberculeux de l'homme et des animaux : ils se rencontrent également dans les liquides sécrétés, notamment dans les crachats, et, même, quoiqu'en moindre quantité, dans le sang, l'urine, les matières fécales.

On les rencontre également dans les lésions de la scrofule, adénites, ostéites ; Cornil, Besnier les ont vus dans le lupus.

Ce qui montre bien l'influence de ces bacilles sur le développement de la phthisie, c'est que, en quelque endroit qu'on les recueille, ils produisent constamment la tuberculose lorsqu'on les inocule à des animaux. Ils la produisent même plus sûrement que la matière tuberculeuse elle-même.

De tout cela, il résulte que le bacille est l'élément le plus important de la tuberculose; c'est le témoin irrécusable de la maladie. On comprend, de reste, combien cette donnée peut être utile au diagnostic de la phthisie, puisque, de la présence ou de l'absence de ce parasite dans un produit excrété, les crachats, par exemple, on pourra conclure à l'existence ou à la non-existence de la phthisie.

Les premières recherches faites pour déceler la présence des bacilles dans les crachats remontent à Koch, qui fut bientôt imité par Ehrlich, Balmer et Frankel, Cornil et Babes, Straus, etc. Tous ces auteurs arrivèrent à cette conclusion, que la bacille existait dans les crachats de tous les tuberculeux, tandis qu'ils manquaient chez les malades atteints de toute autre affection pulmonaire. Leur nombre varie suivant des circonstances diverses, mais sans qu'il soit possible de déduire une valeur pronostique quelconque de cette variabilité.

Ces données peuvent rendre de grands services lorsqu'il s'agit non plus de phthisies confirmées, mais bien de phthisies douteuses, et c'est ce sujet qui fait l'objet principal de cette communication.

On peut admettre trois catégories de phthisies difficiles à reconnaître.

Les *phthisies latentes*, uniquement caractérisées par une toux quinteuse avec expectoration rare, sans modification du murmure respiratoire, ni de la sonorité thoracique. Dans ces conditions, comme il n'est pas nécessaire que le processus morbide soit développé jusqu'à la destruction de la muqueuse pour que le bacille apparaisse dans la cavité bronchique, l'examen des crachats peut fixer le diagnostic, en l'absence de tout signe stéthoscopique.

A cette même catégorie de phthisiques, on peut rattacher ceux chez lesquels l'hémoptysie ouvre la série des accidents tuberculeux, sans que l'on puisse découvrir pendant longtemps la nature de l'hémorrhagie. La découverte des microbes dans les crachats sanguinolents de ces malades fait cesser tous les doutes. J'ai en ce moment dans mes salles une femme qui entra à l'hôpital pour des crachements de sang, remontant à une semaine seulement Rien dans son état ne semblait indiquer qu'elle était phthisique. Cependant, l'examen des crachats ayant révélé la présence de bacilles, je portai le diagnostic de tuberculose. A l'heure actuelle, un mois après l'entrée de la malade, on trouve des signes incontestables de caverne pulmonaire. On peut même induire de cette découverte précoce du bacille que l'hémoptysie est bien le premier signe de la tuberculose, qu'elle n'en est pas la cause, ainsi qu'on l'a prétendu. Ce qui confirme encore cette manière de voir, c'est que l'inoculation des crachats de semblables hémoptysiques a été pratiquée et qu'elle a constamment déterminé de véritables phthisies expérimentales.

Au sujet de ces hémoptysies prémonitoires, je rappellerai que, dans ces derniers temps, on a prétendu qu'un certain nombre étaient d'origine arthritique et qu'elles guérissaient, tandis que d'autres, d'origine tuberculeuse, étaient fatalement mortelles. Cette opinion ne paraît pas justifiée, car certaines hémoptysies, fussent-elles tuberculeuses peuvent guérir, et leur origine non tuberculeuse ne peut être rendue incontestable qu'à la suite d'un examen des crachats par la méthode que je viens d'indiquer.

La recherche des bacilles peut rendre les plus grands services dans le diagnostic de la phthisie miliaire et de la fièvre typhoïde, affections que l'on confond si souvent l'une avec l'autre La présence dûment constatée de bacilles dans l'expectoration de ces malades suffit pour éliminer l'hypothèse de la fièvre typhoïde.

Les *phthisies larvées* sont celles qui débutent sous forme d'une maladie aiguë des organes respiratoires, masquant les caractères propres à la tuberculose. C'est encore par l'examen des crachats que l'on arrivera le plus facilement au diagnostic.

Voici un certain nombre d'observations qui paraissent concluantes à cet égard :

Un homme de dix-neuf ans se présente à l'Hôtel-Dieu, le 13 septembre, avec tous les signes d'une pneumonie lobaire aiguë. Au bout de neuf jours, la défervescence ne s'établissant pas régulièrement, on examine les crachats : comme ils contenaient une quantité considérables de bacilles, on reconnaît qu'il s'agit là de tuberculose, et, en effet, dès les premiers jours d'octobre, on constatait l'existence de cavernes pulmonaires.

Même histoire pour un autre malade atteint de pneumonie droite, que l'on considéra tout d'abord comme franche et légitime. Au bout de trois semaines, la maladie n'arrivant pas à la défervescence complète, on examine les crachats : ils paraissent d'abord dépourvus de bacilles, mais ceux-ci sont enfin découverts à la suite de trois examens successifs et les signes de la phthisie véritable ne tardent pas à se montrer.

La même chose a pu se produire sur des bronchitiques.

Un jeune homme de dix-huit ans se refroidit, tousse pour la première fois de sa vie, et entre à l'Hôtel-Dieu ; l'on reconnaît dans sa poitrine tous les signes d'une bronchite simple. On examine les crachats et l'on trouve des bacilles. Le malade cependant s'améliore au point qu'on pouvait le croire guéri, lorsque l'on constate au sommet du poumon droit des craquements humides, puis un véritable gargouillement.

Un homme de soixante-huit ans entre dans le service de M. Hayem, toussant depuis quinze jours ; on ne trouve dans sa poitrine que des signes de bronchite, mais ses crachats contiennent des bacilles. Trois jours après, le malade meurt, et l'autopsie révèle la présence de granulations tuberculeuses dans ses poumons.

De même encore chez des individus atteints de laryngite :

Un homme de quarante ans est atteint, depuis quelques semaines, d'une laryngite. L'examen des divers organes ne permet pas d'en découvrir la nature, simple, alcoolique ou tuberculeuse. Les crachats renferment une certaine quantité de bacilles ; on porte le diagnostic de tuberculose. La suite de l'observation montre l'exactitude de cette manière de voir.

L'on sait que bien souvent les pleurésies sont, elles aussi, la pre-

mière manifestation de la tuberculose, mais il est bien rare que l'on puisse établir un semblable diagnostic, au début du moins. Dans ce cas encore, l'examen des liquides sécrétés pourra mettre sur la voie ; comme les pleurétiques ne crachent pas, c'est à l'examen du liquide pleural que l'on devra avoir recours.

M. Babinski, interne de M. Vulpian, m'a communiqué à cet égard l'observation suivante :

Un malade atteint de pleurésie purulente reste pendant quatre mois dans un état assez grave, sans que toutefois l'examen de ses poumons révèle les signes de tuberculose. M. Dejerine examine trois fois le liquide de la plèvre et une seule fois il trouve un seul bacille. Trois semaines après, le malade présentait des craquements pulmonaires, et un nouvel examen du pus pleural y révèle la présence de nombreux bacilles. L'autopsie vint plus tard démontrer qu'il s'agissait bien là d'une tuberculose.

Enfin, la troisième catégorie des phthisies à diagnostic difficile comprend les pseudo-phthisies cavitaires dues à une cause autre que la tuberculose : une tumeur, une gomme syphilitique ulcérée, une dilatation bronchique, etc.

Dans ces divers cas, les symptômes rappellent ceux des phthisies avancées, mais l'examen des crachats, en montrant l'absence de bacilles, suffit à fixer le diagnostic et permet d'éviter l'erreur.

Voici une observation qui confirme cette manière de voir :

Un homme, arrivé au dernier degré de la misère physiologique, entre à l'Hôtel-Dieu avec des signes cavitaires du sommet du poumon. Comme le malade n'avait pas de fièvre, on conçut quelques doutes au sujet de la nature tuberculeuse de l'affection et l'on examina ses crachats. Ils ne contenaient aucun parasite. Au bout d'un mois, le malade reprenait de l'appétit, son état général devenait bon, et au moment où il sortit, on pouvait le considérer comme guéri. M. Debove et M. Mousson ont publié des cas analogues.

Enfin, la recherche des bacilles dans les crachats a permis de de résoudre une question de pathogénie très controversée, celle de savoir si les catarrhes chroniques des diabétiques sont dus à la phthisie ou à une lésion chronique de nature spéciale. Les recherches de Zimmermann et Rutimeyer, de Leyden, de Merkel, de Riegel, en démontrant la présence des bacilles dans les crachats de semblables malades, a démontré qu'il s'agit là d'une véritable tuberculose.

— La séance est levée et l'Académie se forme en comité secret, pour entendre la lecture du rapport de M. Chatin sur les candidats au titre de correspondant dans la division de chimie et de pharmacie. La liste de présentation a été établie comme il suit : En première ligne, M. Cazeneuve (de Lyon); en deuxième ligne et *ex æquo*, MM. Lotard (de Lille) et Perrier (de Bordeaux).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 décembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Trélat présente à la Société de la part de M. Colin un nouveau spéculum à dilatation vaginale et vulvaire, servant ainsi à la fois à l'examen des malades et à la pratique chirurgicale.

— M. Gillette rappelle, à propos de la présentation de M. Polaillon, qu'il a eu, lui aussi, l'occasion de pratiquer l'ostéoclasie à l'hôpital Tenon sur un jeune homme de 18 ans. Il présentera le malade avec des moules et des photographies à la prochaine séance.

— M. Delens, à l'occasion du cas de M. Berger (tumeur vasculaire de la face), cite un fait analogue qu'il a observé en 1876 à l'hôpital Saint-Antoine. Cette tumeur, de nature probablement vasculaire, présentait ceci d'intéressant, d'augmenter dans les mouvements de flexion de la tête en avant. M. Delens fit l'ablation par la muqueuse et constata un lipome offrant des lacunes veineuses. L'hémostase fut des plus simples : il n'y eut pas une ligature à faire.

— M. Monod fait un rapport sur quatre observations de taille hypogastrique adressées à la Société par MM. Mouchet, Jobard, Villeneuve (de Marseille) et Giroux. Les résultats furent rapides et excellents, la guérison complète obtenue dans les trois derniers cas au bout de 13, 19 et 21 jours. Seul le malade de M. Mouchet conserva pendant deux mois une fistule qui finit par guérir. Ces nouvelles observations prouvent une fois de plus l'innocuité et la facilité de l'opération.

M. Monod saisit l'occasion pour dénoncer la tendance actuelle de certains chirurgiens à délaisser la lithotritie pour la taille : dans aucun de ces cas, il n'est fait mention de tentatives préalables de lithotritie ; c'est là un excès contre lequel on ne saurait trop s'élever. La lithotritie doit rester la méthode de choix et le chirurgien ne doit recourir à la taille que dans le cas de calculs multiples ou trop durs.

M. le rapporteur insiste aussi sur l'utilité de l'injection vésicale; il y a inconvénient à décoller le tissu rétro-pubien ; il faut donc élever la vessie; les anciens le savaient bien, puisqu'ils avaient imaginé des instruments qui n'étaient pas sans danger.

Le ballon de Petersen agit dans le même sens, Bouley en a démontré l'action par des expériences rapportées dans une thèse récente. Quoi qu'il en soit, l'appareil instrumental reste simple puisqu'il suffit d'un bistouri, de tubes à drainage et du pessaire Gariel qui peut toujours remplacer le ballon. Au point de vue du traitement la suture doit être rejetée et les auteurs des observations ont bien fait de ne pas l'utiliser : le drainage tel que M. Perrier le conseille peut suffire.

En résumé, la taille hypogastrique est une bonne opération et son manuel opératoire est des plus simples.

M. Gillette ne peut admettre que la taille hypogastrique soit la moins meurtrière des tailles.

M. Monod répond en invoquant l'opinion de M. Guyon.

— M. Terrier lit un rapport sur un cas d'hystéro-épilepsie consécutive à un trauma, par M. Villeneuve (de Marseille) :

Une fille de vingt et un ans est opérée d'un petit kyste de la région sourcilière droite : au milieu de l'opération éclate une première crise d'hystérie suivie d'une nouvelle attaque au bout de huit jours ; depuis, les attaques se renouvellent plusieurs fois par jour et actuellement la malade n'est pas encore guérie. Le lendemain de la deuxième crise est survenue une éruption de pustules d'ecthyma. A chaque période menstruelle, la malade voit survenir une nouvelle poussée d'ecthyma et une nouvelle attaque. La mère de la malade aurait eu des attaques nerveuses; mais la première ne s'est manifestée chez elle que pendant l'opération. On peut invoquer trois facteurs pour expliquer son apparition : l'émotion, l'anesthésie, le trauma. L'influence de l'émotion est bien connue. L'anesthésie produirait fréquemment, pour M. Charcot, l'apparition des attaques, et certaines malades de la Salpétrière recherchaient la production de crises libidineuses par les inhalations d'éther. Pour le trauma, B. Brodie, le premier en France, en a montré l'influence. Charcot la décrit sous le nom « d'hystérie népatoire » uniquement caractérisée par des phénomènes locaux. L'attaque générale serait plus rare, et c'est un des points intéressants de l'observation. De plus, pour le professeur Charcot, la production d'une première attaque est plus rare sous le chloroforme que le rappel d'attaques antérieures. Pour l'éruption d'echthyma, il est certain que l'auteur a eu affaire à un herpès traumatique déjà décrit par Paget, mais surtout par M. Verneuil.

M. Nicaise, à l'appui de l'influence de l'émotion sur la production d'accidents nerveux, cite un homme de son service qui, mis contre un mur en 1871 pour y être fusillé, eut une première attaque d'épilepsie ; depuis, il est épileptique ; on ne relève aucun antécédent personnel ni héréditaire. Comme action inverse des anesthésiques, M. Nicaise cite le cas d'une femme cataleptique observée par lui à la Charité et dont les attaques cessaient sous l'influence du chloroforme. L'action de la douleur est bien connue ; hier, en

ouvrant un panaris, une malade eut sous mes yeux une attaque d'épilepsie.

M. Verneuil pense, comme M. Terrier, que l'étiologie est complexe, puisqu'on peut invoquer trois facteurs. L'influence de l'émotion, le rappel de crises sous le chloroforme sont classiques. Quant au traumatisme, c'est un point nouveau. Il cite à ce sujet deux cas intéressants : 1o une jeune fille fait une chute légère sur le genou ; dès lors un état névropathique se produit et dure depuis trois ou quatre ans. Il existait au début une contracture prononcée des muscles cruraux ; cette contracture céda sous le chloroforme, mais depuis a envahi la hanche ; 2o une autre jeune fille fait une chute insignifiante sur le gros trochanter ; une contracture avec abduction externe se produit ; une simple chloroformisation la guérit instantanément et d'une façon définitive.

M. Terrier ne veut pas parler de l'épilepsie, c'est un chapitre à part. Quant aux faits très intéressants de M. Verneuil, ils sont analogues à ceux de Brodie. L'auteur a eu l'occasion d'observer à la Salpêtrière des malades atteints d'hémorrhagie cérébrale ancienne avec myélite descendante consécutive, et chez lesquels une simple contusion amenait de la contracture.

M. Pozzi pense qu'il est important de scruter les antécédents héréditaires pour bien établir le fait de l'appel sous l'influence d'un trauma, d'une diathèse latente. La première malade de M. Verneuil était fille d'aliéné. M. Pozzi a pratiqué récemment une circoncision chez un enfant de six ans, fils de mère rhumatisante. Le lendemain, il eut une attaque de rhumatisme généralisé.

M. Trélat insiste sur les points suivants : 1° L'hystérie ne disparaît pas sous le chloroforme ; la contracture cesse, mais la maladie reste ; 2o L'appel d'hystérie sous le chloroforme est un fait rare ; il n'a jamais eu l'occasion de l'observer. Il appelle l'attention sur les deux faits suivants : deux hommes tombent, l'un d'une locomotive, l'autre dans une mine. Ils présentent de plus des manifestations complexes caractérisées par des contractures, de la parésie, des troubles d'équilibration. Le deuxième a offert des accidents voisins de l'hystérie Peut-on dans ces cas invoquer une affection médullaire ou des actes réflexes?

M. Berger cite un cas observé par lui cette année à la Charité : une jeune fille atteinte de tumeur blanche du poignet fut endormie plusieurs fois pour subir des cautérisations et des grattages. Chaque fois, dès le début de la chloroformisation, elle présentait une crise d'hystérie, suivie d'une période de sommeil longue à établir ; la crise reparaissait dès le réveil et continuait toute la journée.

— M. Guerlain (de Boulogne) présente une observation relative à un coup de feu tiré dans l'oreille. Fracture du crâne, encéphalite suppurée, mort.

— M. Richelot fait un rapport sur un cas d'angiome pulsatile de la face envoyé par M. Poulet (du Val-de-Grâce). L'auteur, qui fit d'abord sept injections au perchlorure, se décida à l'extirpation, et son malade guérit. Il pense que le perchlorure est souvent inefficace par canalisation du thrombus et peut être dangereux. M. Richelot rappelle à ce sujet une observation personnelle où la malade eut une embolie pulmonaire et fut exposée aux plus grands dangers. Il faut donc insister sur l'extirpation de ces tumeurs.

— M. Neubauer (de Varsovie) présente des modèles nouveaux de spéculum.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Picqué.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre 1883. — Présidence de M. Millard.

Suite et fin.—Voir le numéro précédent.

— M. Bucquoy fait une *présentation de malade* qui réalise un *exemple de kyste hydatique de la base du crâne*. Il s'agit d'un homme de 43 ans, robuste et d'une bonne santé générale, qui est entré dans le service de M. Bucquoy le 10 mai de l'année courante. A première vue, on constatait chez lui, comme particularité très intéressante, une atrophie de la moitié droite du visage, avec rétraction des muscles de ce même côté de la face, masséter compris Il y avait en outre du ptosis, du strabisme externe et une anesthésie très prononcée de cette moitié de la face, portant à la fois sur la sensibilité générale et sur les sens. Enfin, à l'angle de la mâchoire, à droite, on découvrait une tumeur qu'on était tenté de prendre pour une tumeur ganglionnaire.

Voici les renseignements anamnésiques que fournit le malade. Il n'avait pas eu la syphilis, pas de manifestations de la scrofule. Sa santé générale avait toujours été bonne. Mais, depuis trois ans, il avait été sujet à une céphalée persistante, sans exacerbations nocturnes. Les phénomènes décrits plus haut se sont montrés au commencement de cette année, et c'est en s'apercevant de la présence d'une tumeur au cou que le malade se décida à venir à Paris pour se faire traiter dans un hôpital.

Six semaines auparavant, le malade, en toussant et en se mouchant, avait rendu par la bouche et par le nez des masses qu'il comparait à des grains de raisin. Cette particularité devait éveiller dans l'esprit du médecin l'hypothèse d'une tumeur hydatique. D'ailleurs l'absence de cachexie et l'évolution si lente des accidents écartaient *à priori* l'hypothèse d'une tumeur maligne. Il ne se passa pas beaucoup de jours que le malade rendit de nouveau, en se mouchant, des masses semblables à celles dont il a été question et sur la nature desquelles un examen à l'œil nu ne laissait aucun doute ; il s'agissait bien de vésicules hydatiques.

Bientôt la tumeur s'enflamma, entra en suppuration ; on l'incisa comme un abcès. Il en sortit une quantité considérable de vésicules hydatiques. Pendant deux ou trois mois, la suppuration a continué, des vésicules ont été évacuées. Aujourd'hui le malade ne conserve plus de sa tumeur qu'un trajet fistuleux par lequel il rend encore de temps en temps quelques vésicules. Sa santé générale est redevenue des plus satisfaisantes, comme il est facile de s'en convaincre, et le malade, sur le point de s'en retourner dans sa famille, se déclare très content du résultat obtenu.

Quel est le siège exact de la tumeur hydatique qui a été le point de départ de tous les accidents présentés par le malade? quelle a été l'origine de cette tumeur? Pendant deux ans, il n'y a eu que des symptômes cérébraux, dénotant une compression de l'oculomoteur commun, du facial et des filets sensitifs qui émanent du ganglion de Gasser. Plus tard, la tumeur a subi une véritable descente avec issue de vésicules hydatiques par les fosses nasales, et finalement apparition d'une tumeur à l'angle du maxillaire inférieur. D'après la nature et l'évolution des accidents, il est très probable que la tumeur n'a pas touché le cerveau, qu'elle s'est développée dans les os de la base du crâne, dans le sphénoïde par exemple ou dans la fosse sphénoïdale. On trouve dans les annales de la littérature médicale une ou deux observations de kystes hydatiques dans la fosse sphénoïdale. Plus nombreux sont les exemples de semblables tumeurs siégeant dans le sterno-mastoïdien, mais elles s'y étaient développées primitivement; il n'y avait pas eu de mouvement de descente, comme dans le cas qui vient d'être relaté.

M. Dujardin-Beaumetz demande à M. Bucquoy s'il est sûr qu'il ne reste plus de kyste hydatique dans le cerveau de son malade.

M. Bucquoy répond que depuis que la tumeur est descendue vers l'angle du maxillaire inférieur, il n'y a plus eu de phénomènes cérébraux. Pour ce motif, il lui est impossible d'admettre que la tumeur se soit développée dans la cavité crânienne. Il s'agit certainement d'une tumeur extra-crânienne, sur le siège précis de laquelle l'exploration des cavités naturelles, rendue très difficile par a contraction du masseter, n'a fourni aucun renseignement.

M. Ollivier demande si le malade a eu des hémorrhagies, car, dans une région si riche en veines, la tumeur pouvait entamer

quelque vaisseau, et même parvenir jusqu'au cœur pour donner naissance à des embolies. Un de ses élèves a réuni dans sa thèse 25 observations où des kystes hydatiques de siége varié ont fait irruption dans l'appareil vasculaire.

M. Bucquoy répond que rien de semblable n'a eu lieu chez son malade qu'il ne considère guéri que sous toutes réserves.

M. Gérin-Rose dit que, même en admettant que la poche ne contienne plus de kystes, elle peut néanmoins s'enflammer au contact de l'air et devenir ainsi le point de départ d'accidents graves.

M. Labbé ajoute que jamais un kyste hydatique n'a guéri, à moins que la poche kystique n'eût suppuré et n'eût été expulsée. M. Labbé a vu une série de malades qui, ayant été traités par la ponction et l'injection simple, sont revenus, au bout de quelques années, avec un kyste hydatique, après qu'on les a eu considérés comme guéris. Il en cite un exemple avec détails. Pour lui, cette question a une grande importance au point de vue thérapeutique et il est convaincu que l'intervention chirurgicale peut seule assurer la guérison définitive d'un kyste hydatique.

M. Bucquoy fait observer à M. Labé qu'il a précisément incisé un kyste suppuré.

M. Dujardin-Beaumetz ne peut pas laisser dire qu'il est impossible d'obtenir la guérison d'un kysto hydatique sans suppuration et sans expulsion de la poche. Le cas est rare, mais il croit n'être pas seul à en connaître des exemples. (Marques d'assentiment)

M. le Président dit que M. Labé soulève une question nouvelle qui pourra faire l'objet d'une discussion spéciale.

— M. Féréol fait savoir que M. Fritz, médecin de l'hôpital de l'Ile-Adam, lui a adressé une observation clinique qui paraît à l'auteur réaliser les caractères décrits par M. Féréol sous le nom de « nodosités rhumatismales éphémères. »

M. Féréol estime que les nodosités observées par M. Fritz diffèrent à la fois de celles qu'il a signalées en premier lieu et de celles que M. Troisier a décrites sous le même nom.

M. Troisier dit à ce propos qu'il s'est trop avancé en affirmant que les auteurs anglais avaient assigné aux nodosités rhumatismales une structure fibreuse; ils n'ont en réalité parlé que de structure conjonctive.

M. Rathery croit que l'urticaire tubéreuse peut se développer chez les rhumatisants à la suite de l'administration du salicylate de soude.

M. Gérin-Rose dit que l'urticaire tubéreuse est une éruption rhumatismale qui, ne lui semble pas se développer sous l'influence du salicylate de soude, car il ne l'a jamais observée chez aucun des nombreux rhumatisants traités par la médication salicylée.

— La séance est levée à cinq heures.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

La quinoïdine expérimentée a l'ile Maurice. — Nous empruntons les lignes suivantes au rapport lu par le docteur Dardenne à la Société des arts et des sciences de l'île Maurice, section de médecine :

J'ai pu l'administrer *(la quinoïdine)* largement dans quelques hôpitaux des propriétés sucrières et dans ma clientèle privée et c'est sur le résultat de cette expérimentation soutenue que je viens appeler la bienveillante attention de mes confrères et de mes collègues de cette société. Je me contenterai de vous signaler simplement les cas dans lesquels la quinoïdine Duriez m'a le mieux réussi, qu'elle ait été administrée sous forme de dragées ou de teinture :

1° Dans les fièvres telluriques à l'état chronique se traduisant surtout par des accès à type quarte ;

2° Dans la cachexie paludéenne avec ou sans engorgement des viscères abdominaux ; et dans cette fièvre lente à type mal indiqué, qui n'est symptomatique d'aucun organe malade, mais qui dépend essentiellement du miasme tellurique ;

3° Son action fébrifuge a également été manifeste dans trois cas à type tierce où la quinine n'avait pas été administrée ;

4° La quinoïdine a mis fin aux accès dans un cas de fièvre tierce où les récidives, malgré l'administration méthodique du sulfate de quinine, faisaient le désespoir du malade ;

5° Dans tous les cas où je l'ai employée, la quinoïdine Duriez m'a paru prévenir les récidives, ou consolider les guérisons alors que le traitement avait été commencé avec la quinine ;

6° J'en ai également retiré de bons résultats comme tonique dans les convalescences.

Je ne sais pas quelle est son action anti-névralgique n'ayant pas eu l'occasion de diriger mes recherches de ce côté. Mais *j'insiste particulièrement sur ce point* : que mes expériences m'ont conduit à penser *que cette quinoïdine prévenait mieux les récidives que le sulfate de quinine*. A ce titre seul, elle offre beaucoup d'intérêt.

Le docteur Vitry partage les opinions de son confrère le docteur Dardenne. Il a essayé ce médicament sur lui-même, et se trouve beaucoup mieux depuis qu'il en prend régulièrement.

Le docteur Drouin parle aussi en faveur de la quinoïdine dont il a fait usage.

FORMULAIRE

Solution d'apomorphine a employer en injections sous-cutanées pour faire vomir.

Rec. Chlorhydrate d'apomorphine.	0,05 centigrammes.
Alcool rectifié...............	XV gouttes.
Eau distillée.................	6 grammes.

M. s. a, Dose : dix gouttes en injection sous-cutanée chez un adulte.

La solution doit être préparée récemment. Les vomissements sont très prompts à survenir et moins pénibles qu'avec le tartre stibié et l'émétique.

E R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel pratique des maladies de l'enfance, suivi d'un formulaire complet de thérapeutique infantile, par le docteur Edward Ellis, traduit et annoté par le docteur L. Waquet. — Paris, Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, 1884.

Dans la première partie de son livre, le docteur Ellis traite longuement de l'hygiène infantile, telle qu'elle est pratiquée en Angleterre ; à ce titre, l'ouvrage présente un grand intérêt, puisqu'il nous initie aux habitudes d'outre-Manche. L'auteur a su, de plus, être utile en insérant à la fin de son travail un formulaire où il traite des doses, du mode d'emploi, des indications des médicaments.

Dans la partie de son livre où il s'attache à l'étude des maladies, l'auteur les réduit quelquefois à des descriptions un peu brèves ; il néglige la marche, le diagnostic. Pour ne citer que quelques exemples, il ne montre point les formes si variables, légères, graves, toxiques, foudroyantes, de l'angine diphthéritique ; il se borne à décrire un type, celui qui se rapporte plus volontiers à l'angine grave, à faire le diagnostic de cette même angine diphthéritique avec l'angine de la scarlatine et avec l' « érysipèle idiopathique de la gorge » ; il ne traite pas des points de contact, de dissemblance entre l'an-

gine diphtéritique et l'herpès, l'angine pultacée, l'aphthe, etc.; à propos de la rougeole, il ne parle point de la vulvite, de la laryngite striduleuse initiale. Il néglige de parler de la rémission thermométrique du troisième jour, si importante au point de vue du diagnostic.

Nous avons été surpris bien souvent, à la lecture de cet ouvrage, de la facilité avec laquelle l'auteur admet l'existence de maladies idiopathiques; on comprendra toute l'importance du reproche que nous lui adressons ici lorsque nous aurons dit qu'il désigne la néphrite parenchymatense sous le nom de *néphrite desquamative aiguë idiopathique*, titre qui se comprend d'autant moins que l'auteur, deux lignes plus bas, dit « qu'on l'observe souvent après la *scarlatine* », maladie infectieuse, sans aucun doute, croyons-nous. Ici nous nous demandons pourquoi l'urémie est passée sous silence; nous reprochons à l'auteur de conseiller trop largement les bains de vapeur, les diaphorétiques, les purgatifs à propos du traitement de la néphrite desquamative aiguë; il trouverait en France nombre de maîtres éminents qui proscrivent d'une façon absolue pareilles médications.

Malgré ces légers reproches que nous croyons devoir adresser au livre de M. Ellis, nous ne saurions trop recommander la lecture de l'ouvrage; il porte un cachet d'originalité vraiment remarquable; il renferme des descriptions cliniques qui méritent la plus grande attention; il contient, nous le répétons, un formulaire utile à consulter et nous enseigne la façon d'élever les enfants à la mode anglaise. Cette partie du travail est pleine d'enseignements et d'intérêt.

Recherches sur le passage des éléments figurés a travers le placenta, suivies de considérations sur la variole fœtale et la vaccination congénitale, par le docteur Chambrelent. — Paris, Octave Doin.

M. Chambrelent rapporte les expériences de Brauell Davaine, celles relatées dans la communication de MM. Straus et Chamberland à la Société de biologie (1882, page 683); il montre que ces auteurs n'ont jamais retrouvé chez les fœtus de femelles charbonneuses en gestation les bactéridies qui étaient très évidentes dans le sang de la mère; il tire de ces expériences cette conclusion que, si une femme enceinte venait à mourir du charbon bactéridien, il faudrait pratiquer l'opération césarienne, qui devient inutile si la malade enceinte succombe au charbon symptomatique ou bactérien, car ici les micro-organismes paraissent traverser le placenta et arriver usqu'au fœtus. Les conclusions thérapeutiques si séduisantes de M. Chambrelent sont malheureusement à l'heure actuelle mises en défaut. MM. Straus et Chamberland, on le sait, avec une franchise fort louable, dans une deuxième communication à la Société de biologie (1882, page 684), ont reconnu leur erreur : la bactéridie charbonneuse peut traverser le placenta.

Étudiant le microbe du choléra des poules, M. Chambrelent conclut, comme MM. Straus et Chamberland, qu'il peut traverser le placenta.

Après avoir admis le microbe de la variole (microbe de M. Jolyet, fort discuté), il publie des observations cliniques concluantes; il montre que la variole maternelle, même antérieure à la conception (1 cas), peut conférer au fœtus l'immunité variolique et l'immunité vaccinale, même lorsqu'il n'a pas été atteint de variole dans le sein de sa mère; il rapproche ces cas de ceux de MM. Pasteur, Arloing, Toussaint, qui ont vu l'inoculation d'une femelle grosse conférer l'immunité aux nouveau-nés; il se demande avec Masse si « les espèces qui paraissent avoir aujourd'hui une certaine immunité ne la doivent pas à ce que leurs ascendants ont été atteints de la maladie ».

Dr Derignac.

VARIÉTÉS

AVIS

MM. les actionnaires de la Gazette médicale *sont prévenus qu'une Assemblée générale extraordinaire aura lieu au siège social, le samedi 23 décembre à 5 heures. Le présent avis tiendra lieu de lettre de convocation.*

CHRONIQUE

Banquet offert a M. Charcot. — Mercredi dernier, les anciens élèves et les amis de M. Charcot lui ont offert un banquet, dans les salons Lemardelay, à l'occasion de sa récente nomination à l'Institut. L'affluence était nombreuse. Près de 150 confrères avaient répondu à l'appel des commissaires MM. Bouchard, Joffroy et Ballet. Cette réunion de médecins, jeunes et vieux, praticiens, hommes d'étude, publicistes, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, agrégés, professeurs, académiciens, représentait véritablement le corps médical tout entier dans ses divers groupes et le sentiment qu'elle a affirmé est comme la consécration du choix de l'Institut par l'opinion publique.

Au début du banquet, un superbe bouquet, arrivant des bords de la Méditerranée, vient montrer au héros de la fête que, de loin comme de près, on applaudit à son légitime succès.

Inutile de relever la vive cordialité qui règne entre convives dont beaucoup sont d'anciens camarades, qui se connaissent et s'estiment tous, qu'une même pensée de reconnaissance envers le maître ou d'affection pour l'ami a réunis. Les goutteux et les dyspeptiques seuls on pu se plaindre d menu, peut être un peu trop riche.

Nous voici au champagne : c'est le moment des toasts. M. Bouchard se lève et, s'adressant au nouvel académicien :

« Cher Maître,

« Vos élèves et vos amis sont réunis pour fêter votre nomination. J'ai la mission de dire le sens de cette manifestation.

Vous êtes entré à l'Institut pour de grandes et de petites raisons. Une des petites raisons, c'est que l'opinion publique ne perd jamais ses droits. La grande raison, c'est que vous êtes un savant; c'est que vous avez fait de la médecine une étude scientifique et qu'en faisant œuvre de savant, vous n'avez pas été moins médecin pour cela.

Pendant le quart de siècle que nous venons de parcourir, la médecine vous a été redevable d'innombrables travaux et d'importantes découvertes. Les inflammations du poumon, les maladies du foie et des reins, la pathologie sénile, le rhumatisme, la goutte, l'unité de la tuberculose, toutes ces questions garderont la marque de votre travail. Mais que dire de la pathologie cérébrale que vous avez débrouillée, de la pathologie médullaire que vous nous avez révélée, des trophonévroses que vous avez établies cliniquement sur des bases inébranlables pour les livrer aux disputes des histologistes; que dire enfin de l'hystérie ! C'est là le point délicat. Cette étude de l'hystérie devait vous conduire au Capitole ou vous traîner aux gémonies. Vous avez été courageux et la fortune a récompensé votre audace. Dans cette étude vous vous êtes attaché exclusivement à ce qui peut être directement constaté, à l'objectif, à la réalité, laissant à l'écart un subjectif toujours suspect. Vous avez ainsi imposé des règles et des lois à une maladie où tout semblait livré au désordre.

Ce sont là vos titres et c'est pour cela que vous êtes entré à l'Institut.

Eh bien! ce n'est pas pour tout cela que nous sommes réunis. Certes, nous admirons vos travaux et nous vous sommes profondément reconnaissants du lustre qu'ils jettent sur notre pays; mais soyons francs, ce n'est pas le savant, l'inventeur, le critique, le professeur que nous venons fêter. Nous sommes ici parce que vous avez été notre éducateur; parce que vous êtes le maître et parce que nous sommes de votre école; parce que votre doctrine nous a guidés, parce que votre méthode nous a servis; parce que vous nous avez indiqué les points à élucider et tracé la route à suivre; parce que vous avez modéré nos enthousiasmes ou relevé nos courages; parce que vous vous êtes associé à nos travaux et que vous n'avez pas dédaigné de nous associer aux vôtres. Dans les passages difficiles vous avez pris le gouvernail. Vous avez bien conduit notre barque. C'est aujourd'hui la fête du patron, c'est aussi la fête de l'équipage.

Cher maître, permettez d'ajouter encore un mot, l'avertissement que la voix du peuple mêle à ses acclamations. Comme membre de l'Académie des sciences, vous aurez à exercer une sorte de magistrature sur le mouvement des idées médicales. Si le progrès ne vient pas toujours des académies, c'est devant les académies qu'il trouve toujours sa consécration, souvent après un trop long stage. Dans l'outillage scientifique, les académies sont des organes modérateurs. Vous devenez ainsi conservateur par destination; vous ne serez jamais réactionnaires, car dans la maturité de votre carrière, vous gardez la verdeur des jeunes années. Mieux que personne, vous savez que la science n'est pas achevée, que chaque génération découvre des points de vue nouveaux et qu'il faut plusieurs fois refaire son éducation. Ne soyez donc pas hostile aux nouveautés, suivez-les avec intérêt dans leur développement afin qu'on ne puisse pas dire que les grands progrès en médecine sont défendus seulement par ceux qui ne sont pas médecins.

Cher maître, vous resterez ainsi notre guide à tous et vous mériterez l'admiration et la gratitude des nouvelles générations. C'est au nom de l'ancienne et de la jeune école que je lève mon verre en votre honneur ».

De fréquents applaudissements ont interrompu ce toast où, avec une grande délicatesse, M. Bouchard a su toucher à tous les points. Un peu ému, M. Charcot a répondu par le discours suivant :

« Chers concitoyens, chers condisciples, et d'un seul mot, vous tous, chers amis, qui avez répondu à l'appel des organisateurs de cette fête, je voudrais pouvoir vous dire combien je suis touché combien je me sens ému des marques d'estime et d'affection que vous me donnez aujourd'hui.

Très certainement, je me suis senti heureux et fier du vote si flatteur qui m'a ouvert, ces jours-ci, les portes de l'Académie des sciences; très certainement c'est avec une satisfaction bien grande que je vois enfin couronner l'édifice dont les premières assises ont été posées il y a longtemps déjà et dont la construction m'a coûté bien des labeurs.

Mais vous avez pensé que les vraies joies ne sauraient rester solitaires et que pour produire tous leurs effets, elles doivent se communiquer, se propager, se multiplier, comme par une sorte de contagion.

A cet égard, nos sentiments se sont rencontrés, confondus, car, je tiens à le déclarer hautement, votre concours sympathique d'aujourd'hui m'apporte un grand confort moral parce qu'il rehausse fortement, dans mon esprit, le prix, quelque élevé qu'il soit, qui s'attache au succès obtenu. Hier il me manquait encore quelque chose; maintenant, grâce à vous, je sens qu'il ne me reste plus rien à désirer. C'est pourquoi je vous prie de recevoir le témoignage de ma vive et profonde gratitude.

Actuellement, mon cher Bouchard, c'est à vous que je m'adresse et je vous demande la permission de vous présenter quelques remarques à propos des paroles si bienveillantes et si courtoises que vous venez de prononcer.

Venant de vous, l'éloge prend, il me semble, une saveur particulière et il acquiert une singulière puissance.

C'est que dans cette phalange d'hommes distingués — tous devenus maîtres, ou en voie de le devenir — qui me font l'honneur insigne de s'appeler mes élèves, vous êtes l'un des plus éminents, l'un de ceux sur lesquels la médecine de notre pays fonde, à juste titre, le plus d'espérances. Vous êtes, en d'autres termes, l'un des principaux coryphées de ce groupe de travailleurs qu'on a quelquefois appelé mon école. Aussi votre appréciation si flatteuse m'a-t-elle été jusqu'au fond du cœur.

Mais il est une chose que peut-être vous n'avez pas assez dite, c'est que, dans beaucoup de ces travaux que vous signaliez tout à l'heure, une part quelconque, souvent une grande part, revient soit à vous, soit à ceux qui vous ont précédé ou succédé en qualité d'internes, dans ce bon vieil hospice de la Salpêtrière, témoin de nos efforts.

Cela, je ne l'ai pas oublié dans le passé, je ne l'oublierai jamais dans l'avenir et je saisis avec empressement l'occasion qui se présente actuellement de le proclamer hautement une fois de plus.

Donc, mes chers collaborateurs, vous tous, qui pendant une période de plus de vingt années, avez entrevu autour de celui que vous appeliez votre *maître*, le feu sacré de l'enthousiasme scientifique, je vous convie à vous réjouir avec nous de l'accomplissement de l'œuvre à laquelle vous avez participé.

Tout à l'heure vous disiez comment une communauté de principes et de méthode vous avait les uns après les autres attirés vers moi; ces principes et cette méthode ne m'appartiennent pas. Je les ai puisés dans l'enseignement de nos maîtres à tous, les grands chefs de l'École Française, leur faisant subir seulement des modifications rendues nécessaires par les progrès de chaque jour. Si de ce côté j'ai pu rendre quelques services, c'est sans doute parce que je suis toujours resté fidèlement attaché à ces principes et à cette méthode; que j'en ai, toutes les fois que je l'ai pu, proclamé la valeur, et que jamais je n'ai varié dans mes convictions à cet égard.

Si je crois fermement qu'il existe en médecine tout un domaine qui appartient en propre au médecin, que lui seul peut cultiver et faire fructifier, et qui resterait nécessairement fermé au physiologiste qui, systématiquement confiné dans le laboratoire, dédaignerait les enseignements de la salle d'hôpital, je crois non moins fermement que l'intervention largement acceptée des sciences anatomiques et physiologiques dans les affaires de la médecine est pour celle-ci une condition essentielle de progrès. Je pense que la pratique médicale n'a pas d'autonomie réelle; qu'elle vit d'emprunts, d'applications; que sans une rénovation scientifique incessante elle deviendrait bientôt une routine attardée. Je pense enfin que, à part les questions de coup d'œil, d'ingéniosité et autres qualités artistiques natives qui se perfectionnent avec l'usage, mais ne s'acquièrent pas de toutes pièces, tant vaut le pathologiste, tant vaut le clinicien.

Très sommairement voilà mon *credo*. Je m'y suis toujours tenu et je m'y tiendrai toujours, car tout cela est tellement imprimé dans mon esprit, que penser autrement serait pour lui chose absolument contraire à sa constitution même.

Dans ce qui précède je crois, mon cher Bouchard, avoir répondu à la dernière partie de votre allocution. Non, je le crois comme vous, je ne serai jamais un conservateur quand même, jamais je ne serai tourmenté par l'horreur instinctive des nouveautés; cela n'est pas dans ma nature.

Pour occuper le poste d'honneur qui m'est confié, on eût pu facilement trouver un plus digne que moi; mais personne, je le crois du moins, ne saurait être plus profondément pénétré que je ne le suis, de l'importance et du caractère des devoirs qu'impose une telle mission. Toute l'activité, toute l'énergie qui peuvent encore me rester, j'en prends ici l'engagement formel, seront désormais consacrées, dans la mesure de mes forces, à maintenir notre science dans le rang élevé qu'elle doit occuper parmi les autres sciences et

que personne ne doit lui contester. J'espère ne pas faillir à la tâche. (*Applaudissements unanimes et répétés.*)

M. Joffroy, à son tour, prend la parole :

« Mon cher maître,

« Quoique j'aie toujours mis de l'orgueil à me dire l'un de vos élèves les plus attachés; quoique je sois déjà l'un de vos plus anciens internes puisqu'en 1869 je livrais bataille aux cellules nerveuses sous votre direction, ce n'est pas comme ancien élève que je prends la parole : je ne me connais ni l'autorité nécessaire, ni assez de talent pour le faire après mon maître et ami le professeur Bouchard.

C'est simplement comme commissaire du banquet que je me suis levé. Je viens donc vous dire que si nombreux que nous soyons ici, vous ne voyez pas réunis tous ceux qui auraient voulu venir fêter votre nomination et vous apporter le tribut de leur amitié, de leur dévouement ou de leur admiration. Beaucoup m'ont écrit pour me charger de témoigner publiquement leurs regrets. Je ne puis procéder au dépouillement régulier de cette correspondance, comme pourrait le faire le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; je tiens cependant à en dire quelques mots

Plusieurs ont été retenus par l'état de leur santé, comme votre vieil ami le professeur Vulpian, le promoteur, le premier appui et le soutien inébranlable de votre candidature à l'Institut. D'autres ont été arrêtés par la distance qui les sépare de Paris : ce sont vos amis d'Angleterre et d'Irlande, beaucoup de vos élèves de Lyon et de Bordeaux et de tant d'autres points de la France et de l'étranger. Et ces fleurs que vous venez de recevoir témoignent qu'on applaudit à votre nomination aussi bien sur les bords de la Méditerranée qu'à Paris.

Mais, parmi toutes les lettres que j'ai reçues, il en est une que je tiens à mentionner tout particulièrement, à cause des appréciations qu'elle renferme et du nom qui la signe. Cette lettre m'a été adressée par votre collègue M. Bert. Après avoir exprimé ses vifs regrets de ne pouvoir assister à ce banquet, M. Bert se félicite d'avoir contribué pour sa part à faire entrer la médecine à l'académie des sciences; il se félicite surtout de voir le résultat obtenu par une manifestation éclatante faite sur votre nom.

Eh bien ! oui, cher maître, s'il est vrai qu'on ne vous a pas ouvert la première fois que vous avez frappé à la porte de l'Institut, il est juste de reconnaître que lorsqu'on s'est décidé à le faire, on l'a fait grandement, noblement, qu'on vous a ouvert les portes à deux battants, et que vous avez pu faire une entrée digne de vous, digne de vos travaux, digne de votre nom.

Aussi, j'espère être l'interprète de tous, absents ou présents, de tous vos amis, de tous vos élèves, en vous proposant de boire à ceux qui ont soutenu votre candidature, à ceux qui ont contribué à vous faire donner une aussi superbe majorité !

Cher maître, je bois aux promoteurs de votre candidature ! »

M. Liouville se lève et donne lecture de la lettre de M. Bert, à laquelle M. Joffroy vient de faire allusion :

« Mon cher confrère, écrit le savant physiologiste, je regrette très vivement d'être absolument empêché d'assister à votre fête. J'aurais aimé, en rendant hommage avec vous au premier des représentants de la médecine scientifique française, à porter un toast au développement de la physiologie par la clinique et l'anatomie pathologiquer

Physiologiste de laboratoire, je n'ai aucun fétichisme, aucun fanatisme et je suis bien loin de croire que l'expérimentation sur l'animal vivant soit le seul moyen de faire des découvertes physiologiques. L'histoire entière de la science protesterait contre une telle allégation, et l'œuvre de Charcot et de ses élèves, de son Ecole, est la plus éclatante démonstration de la puissance des moyens d'action dont peut user le médecin pour les progrès de la physiologie.

C'est à ce point de vue que j'ai dû me placer lorsque j'ai été appelé à donner mon opinion dans la dernière compétition académique. Laissant de côté les découvertes d'ordre purement médical que M. Vulpian avait exposées avec la plus grande autorité, j'ai dû insister sur celles qui ressortissent à la science que je cultive, et après M. Charcot médecin, montrer M. Charcot physiologiste.

S'il est vrai de dire que la science consiste dans l'établissement d'une relation constante entre des phénomènes toujours antécédents et d'autres phénomènes toujours conséquents, n'est-il pas évident qu'il importe peu que cette relation soit établie en partant soit de l'un, soit de l'autre de ces ordres de phénomènes. Le vivisecteur part de l'antécédent de la lésion pour arriver aux symptômes; le médecin remonte, par la nécropsie, du conséquent, des symptômes, à la lésion : tous deux concourent, par des procédés diamétralement inverses, à la constitution de la science, de la physiologie, pathologique ou normale, c'est tout un.

Si les causes d'erreur se dressent plus nombreuses, plus dangereuses devant le médecin, il n'en a que plus de mérite à les éviter et à conclure juste.

Mais je m'oublie et ma lettre d'excuse prend les dimensions d'un manifeste. Je m'arrête, et pourtant j'en aurais encore bien long à dire ne fût-ce que sur les problèmes physiologiques dont la médecine seule peut donner la solution. Je m'arrête : c'est plus facile lorsque l'on écrit que lorsqu'on parle. Félicitez-vous donc d'avoir, grâce à mon absence, évité tout un discours, et veuillez transmettre à votre maître l'expression de ma vive et amicale satisfaction et à nos confrères et amis celle de mes affectueux sentiments.

PAUL BERT. »

Cet hommage public rendu par un savant *physiologiste de laboratoire* au rôle important de la clinique dans les progrès de la physiologie, a clos, à la satisfaction de tous, la série des toasts. La médecine scientifique a bien désormais sans conteste obtenu des lettres de naturalisation à l'Institut.

On s'est séparé le plus tard possible, et chacun gardera de cette soirée le meilleur souvenir.

F. DE R.

*
* *

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA GIRONDE. — Dans une assemblée générale tenue à Bordeaux le 29 novembre et provoquée par la démission de plusieurs membres du bureau et du Conseil dans des conditions que nous avons déjà fait connaître, l'Association des médecins de la Gironde a voté la décision suivante :

« L'Association des médecins de la Gironde, pleine de confiance dans les membres du bureau qui sont restés à leur poste, charge ces honorables dignitaires d'assurer le fonctionnement de la Société et, s'il y a lieu, l'exécution des résolutions votées à Cadillac, et ajourne jusqu'au mois de mai les élections qu'il pourrait y avoir à faire.

*
* *

L'UNION MÉDICALE vient de perdre son vieux metteur en pages, M. Nicolas, qui était devenu l'ami de tous les collaborateurs de ce journal, comme Schmidt l'était des collaborateurs de la GAZETTE MÉDICALE. Ces deux hommes probes, laborieux, faits pour s'entendre étaient deux amis. Ils se sont suivis à quelques mois d'intervalle dans la tombe.

*
* *

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Par arrêté en date du 19 novembre 1883, un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert, le 1er août 1884, à cette école. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

*
* *

INOCULATION DE LA RAGE D'UN ENFANT A DES ANIMAUX. — A propos

d'un rapport de M. Voisin au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine sur un cas présumé de rage chez un enfant de sept ans, M. Pasteur dit qu'on a inoculé par trépanation à la surface du cerveau, sous la dure-mère : 1° du bulbe de l'enfant en question à deux chiens; 2° de la moelle supérieure de l'enfant à un lapin ; 3° de la moelle inférieure de l'enfant à un lapin; et que les quatre animaux ont succombé à la rage la mieux caractérisée. Le diagnostic de rage chez l'enfant a été ainsi confirmé.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 23 AU JEUDI 29 NOVEMBRE 1883

Fièvre typhoïde 32. — Variole 4. — Rougeole 14. — Scarlatine 1. — Coqueluche 9. — Dipthérie, croup 43. — Dysentérie 1. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 5 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 54. — Phthisie pulmonaire 171. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 71 — Malformation et débilité des âges extrêmes 47. — Bronchite aiguë 37. — Pneumonie 73. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 35, — au sein et mixte 21. — Inconnu 0. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 93. — de l'appareil circulatoire 60. — de l'appareil respiratoire 83. — de l'appareil digestif 30 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 1. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 29. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 972 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

AIDE-MÉMOIRE DU MÉDECIN AUXILIAIRE DE L'ARMÉE, par le docteur Amédée Chassagne, médecin-major de première classe. Prix : 1 fr. 50. — Librairie Henry Ollier, 13, rue de l'École-de-Médecine.

Librairie OCTAVE DOIN, éditeur, 8, place de l'Odéon.

DÉVELOPPEMENT DE LA VESSIE, de la prostate et de l'urèthre, par le docteur Ch. Debierre. In-8 de 110 pages avec 16 figures. — Prix : 3 fr.

DÉVELOPPEMENT DES CAVITÉS et des moyens d'union des articulations, par le docteur G. Variot, ancien interne des hôpitaux, préparateur des travaux pratiques d'histologie à la Faculté. In-8 de 100 pages avec 3 planches dans le texte. — Prix : 3 fr.

DÉVELOPPEMENT DE L'UTÉRUS et du vagin, par Gustave Imbert. In-8 de 100 pages avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

COURS DE PHYSIOLOGIE professé à la Faculté de médecine de Paris (1882-1883), par O. Cadiat, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chargé du cours auxiliaire de physiologie. Physiologie générale. — Génération. — Organes des sens. 1 vol. petit in-4 de 250 pages (texte et dessins autographiés). — Prix : 9 fr.

LIVRES D'ÉTRENNES

VOYAGE A TRAVERS LA MONGOLIE ET LA CHINE, par P. Plassetsky, traduit du russe, avec l'autorisation de l'auteur, par Aug. Kuscinski et contenant 90 gravures d'après les croquis de l'auteur et une carte. — Paris, librairie Hachette et Cie, 1883.

LE MONDE PHYSIQUE, par Amédée Guillemin. Tome IV. LA CHALEUR, contenant 9 grandes planches tirées à part dont une en couleur et 394 vignettes insérées dans le texte. — Paris, librairie Hachette et Cie, 1884.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef: M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres: MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire: M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 13 décembre 1883.

Intérêts professionnels : LES SYNDICATS MÉDICAUX. — L'ASSOCIATION GÉNÉRALE. — LA CAISSE DES PENSIONS DE DROIT. — LES ASSURANCES MUTUELLES ENTRE MÉDECINS (1).

V

Les assurances mutuelles entre médecins. — Nous avons décrit ailleurs, dans la vie du médecin, trois phases on plutôt trois épisodes :

Dans le premier, en pleine possession de ses facultés physiques et intellectuelles, il livre le combat;

Dans le second, il est réduit à l'impuiseance par la maladie, les infirmités, la vieillesse ;

Dans le troisième, il est arrivé à l'heure suprême des adieux.

L'union on l'association, avons-nous ajouté, doit revêtir trois formes correspondant à chacune de ces situations. C'est ainsi que les syndicats médicaux répondent à la première, l'Association générale et la Caisse de pensions de droit à la seconde; il nous reste, pour compléter le programme, à rechercher le mode d'association qui convient à la troisième.

Ici il ne s'agit plus du médecin lui-même : en se syndiquant, il a pu engager et sontenir honorablement la lutte ; en s'affiliant à l'Association générale ou à la Caisse des pensions de droit, il s'est assuré contre les éventualités de la maladie et le chomage forcé qu'impose la vieillesse. Mais s'il meurt, que deviendront sa femme et ses enfants ?

Sans donte l'Association générale aura des secours à donner à la veuve, et parfois l'orphelin deviendra son pupille. Sans donte aussi, si le médecin a fait participer sa femme à la Caisse des pensions de droit, la veuve pourra réclamer la liquidation de sa pension. Mais ce ne sont là que des éventualités, et dans aucune d'elles la veuve, surtout si elle est jeune encore, ne pent espérer un secours vraiment efficace.

C'est dans ces conditions qu'interviendrait utilement une *Association d'assurances mutuelles entre médecins.*

De nombreux projets d'une semblable association ont été élaborés ; la plupart, calqués sur l'organisation des Compagnies d'assurances, n'ont pu résister an contrôle de calculs sérieux. Un seul nous a paru faire exception, et nous lui avons consacré à cette place même, il y a deux ans, d'assez longs développements. Nous renverrons le lecteur à notre précédent travail et nous nous bornerons ici, pour rappeler ses souvenirs, à dire quelques mots du projet en question.

Il s'agit d'une société d'assurances mntuelles en cas de décès établie d'après le même système que celle des *Old fellows* en Amérique, on de la *Prévoyante* en Suisse. L'idée de fonder

(1) V. les nos 43, 45 46 et 49.

FEUILLETON

De la bibliographie médicale

LES BIBLIOTHÈQUES MÉDICALES. — NÉCESSITÉ DES CATALOGUES IMPRIMÉS.

Après avoir montré l'insuffisance du dépôt légal quant à l'accroissement du fonds de nos bibliothèques médicales, il nous reste à examiner quels sont les moyens à mettre en œuvre pour remédier à cette insuffisance. Parmi ces moyens, nous citerons d'abord les deux plus puissants : la publicité et l'élévation du budget alloué aux bibliothèques.

1. — C'est à dessein que nous commençons par la publicité. Laissant de côté l'avantage qui résulte toujours de l'apparition d'une feuille périodique, nous voudrions que chacune de nos bibliothèques fit imprimer chaque mois, par exemple, l'état indicatif des ouvrages et périodiques qu'elles ont reçus, soit à titre d'échange, soit à titre de don, soit par achat. Ce bulletin mensuel, que toutes les bibliothèques échangeraient entre elles, non seulement serait d'un utile secours aux bibliothécaires et aux chercheurs, qui sauraient toujours où trouver tel ou tel ouvrage, mais il appellerait des dons. Et il ne faut pas croire que ce serait là une nouveauté, un procédé au succès douteux; non, ce moyen si simple est depuis longtemps mis en pratique en Europe et surtout en Amérique. La preuve est faite.

Tous les mois nous recevons des principales universités des Etats-Unis, tous les ans, nous avons sous les yeux des relevés semblables émanant des bibliothèques les plus importantes de l'Europe, extraits de catalogues où sont enregistrés avec soin, et selon toute la rigueur bibliographique, les ouvrages reçus dans le mois, le trimestre, ou l'année, par ces grands dépôts de livres. Un certain nombre de societés savantes en font autant à des périodes un peu moins courtes sans donte : ainsi les Académies des sciences ou de médecine de Vienne, de Berlin, d'Amsterdam, de Bruxelles, etc., etc.

Cependant nous ne pouvons encore, en France, rien offrir de semblable à ces utiles recueils. Inutile d'ajouter que la dépense est

en France une institution analogue parmi les membres du corps médical revient à deux honorables confrères de Brionne (Eure), MM. Bigourdan et Ducosté; nous n'avons fait à notre tour que l'exposer et la développer.

Supposons mille associés; l'un d'eux vient à mourir : chacun des survivants verse 5 francs pour la veuve ou les héritiers, qui reçoivent ainsi 5,000 fr. moins 5 fr. La mortalité moyenne des médecins étant de 20 pour 1,000, chaque sociétaire aura à payer annuellement vingt fois 5 fr. ou 100 fr.

Nous avons fait observer que le chiffre annuel de la cotisation est indépendant du nombre de sociétaires; le paiement s'en fait simplement en fractions ou versements variables. Par exemple, nous venons de voir que pour 1,000 sociétaires on fait des versements de 5 fr.; pour 200 sociétaires, la mortalité annuelle étant réduite à 4, on aura à faire 4 versements de 25 fr. La cotisation annuelle reste toujours de 100 fr.

L'avantage de ce système consiste à n'avoir pas de fonds social important à faire valoir, puisque le produit des cotisations ne fait que traverser la caisse du trésorier pour passer de ceux qui les paient aux mains des ayants-droit. Les frais de gestion ou d'administration, de même que les éventualités ou les risques, sont ainsi réduits au minimum. Enfin, autre avantage considérable, un nombre élevé d'adhérents n'est pas nécessaire pour la création et le fonctionnement de la Société : celle-ci peut marcher avec cent associés comme avec mille.

Nous n'insisterons pas davantage; nous ne faisons que rappeler les principes généraux du projet et tenons à la disposition de ceux de nos lecteurs qui s'y intéresseraient le travail où nous avons développé plus longuement le système des *Old fellows*.

Une association de ce genre est le complément de la Caisse des pensions de droit. En participant à l'une et à l'autre à l'âge de 30 ans, le jeune médecin, moyennant une cotisation annuelle de 200 fr., s'assure, soit à 60 ans, soit à un âge quelconque dans le cas de maladie ou d'infirmité entraînant l'incapacité d'exercer, une pension de 1,000 à 1,260 fr.; s'il vient à mourir, il garantit à sa veuve ou à ses héritiers un capital de 5,000 fr. qui leur sera payé après son décès.

La réunion des deux institutions répond ainsi aux assurances mixtes des grandes compagnies; mais, au point de vue économique, elle offre de sérieux avantages. Si l'on prend, par exemple, la *New-York* qui, appliquant le principe de la mutualité, ne semble avoir d'autres intérêts que ceux de ses assurés, la prime annuelle à verser à trente ans pour s'assurer 1,000 fr. de rente à partir de cinquante ans est de 334 francs. D'un autre côté, la prime à payer à trente ans et assurant 5,000 fr. payables au décès est de 113 fr. 50. Si l'on réunit la double assurance dans une assurance mixte, on voit que, moyennant une prime annuelle de 192 fr. 25, on peut s'assurer, à partir de trente ans, on un capital de 5,000 fr. payable au décès, ou, si l'on survit après vingt ans, une pension viagère simplement égale à la prime, c'est-à-dire de 192 fr. 25. La comparaison de ces chiffres avec ceux des deux associations médicales est tout à l'avantage de celles-ci.

Les trois formes d'association que nous avons passées successivement en revue sont actuellement condamnées, par la force des choses, à s'organiser et à fonctionner isolément; mais un lien puissant les rattache l'une à l'autre, celui de la solidarité confraternelle, de la mutualité. Il est donc facile d'entrevoir une époque où elles fusionneront. Ce jour-là, la profession médicale aura résolu un grand problème et pourra attendre plus patiemment que les pouvoirs publics se décident à la révision, tant de fois proposée et tout récemment encore, de la loi du 19 ventôse an XI.

Dr F. DE RANSE.

PHYSIOLOGIE

NOTE SUR LA FORME DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE RÉFLEXE, par M. BEAUNIS, professeur de physiologie à la Faculté de Nancy (1).

Quand on examine la constitution anatomique de l'arc réflexe, on trouve successivement les parties suivantes, en allant du muscle à la surface sensitive, peau ou muqueuse :

1° Le muscle; 2° le nerf moteur; 3° la racine motrice; 4° le centre nerveux, moelle et encéphale; 5° la racine sensitive; 6° le ganglion de cette racine; 7° le nerf sensitif; 8° la surface sensitive.

La contraction musculaire peut être déterminée *expérimen-*

(1) Les conclusions de ce travail ont été communiquées à l'Académie des sciences et à la Société de biologie.

---

nulle, et nous n'exagérons rien en faisant remarquer qu'il serait aisé de faire imprimer pour vingt ou trente francs, un bulletin mensuel de cette nature, de quelques pages d'impression, tiré à 300 exemplaires, que l'on pourrait distribuer à toutes les bibliothèques et sociétés médicales. Après quelques années, et avec une bonne table, nous aurions là une mine précieuse de renseignements. Nous le demandons aux bibliophiles et aux fonctionnaires, est-il rien de plus facile à réaliser? La publicité n'amène-t-elle pas des dons, et plus d'un travailleur ne serait-il pas heureux de recevoir, pour un prix minime, quelques-uns de ces bulletins?

II. — Le second moyen, qui n'est pas, que je sache, non plus, impossible à obtenir, si l'on voulait insister près de qui de droit, consiste à élever l'allocation budgétaire des bibliothèques médicales. La plupart de ces bibliothèques ont de 1,800 à 3,000 francs pour l'achat et la reliure des livres nouveaux. N'est-ce pas dérisoire? Les bibliothèques sont destinées aux étudiants surtout, qui paient une redevance annuelle et devraient y trouver tous les ouvrages classiques dont ils ont besoin pour leurs études : tous les livres nouveaux, les dictionnaires, les principaux journaux qu'ils sont obligés de consulter à chaque instant. Ceux d'entre eux déjà arrivés, les médecins pourvus de grades et qui en attendent d'autres, recherchent aussi les livres rares, les recueils anciens. Si la bibliothèque est d'organisation récente, il y aurait là une certaine somme à dépenser; mais pourquoi ces médecins déjà gradés ou fonctionnaires ne paieraient-ils pas, eux aussi, une modique redevance une fois payée, destinée à accroître les ressources budgétaires de la bibliothèque où ils travaillent journellement? Serait-il donc difficile de doubler, de tripler les ressources de chaque bibliothèque? Le premier venu qui ouvre un cabinet de lecture où il loue les romans du jour est à peu près sûr de vivre convenablement, et ce n'est pas faire injure aux médecins qui cherchent et travaillent, que de croire qu'on rencontrerait difficilement parmi eux un certain nombre de donateurs intéressés qui, assurés de l'emploi de leurs dons, seraient bien aises de trouver dans une bibliothèque spéciale tous les imprimés publiés chaque année dans le domaine des sciences médicales. L'Etat, dira-t-on sans doute, devrait remédier au mal, et l'insuffisance de nos bibliothèques en est un grand; mais l'expérience apprend chaque jour qu'il ne faut pas trop compter sur l'Etat.

Après tout, un abonnement à 100 journaux de médecine par

talement par l'excitation de chacun de ces huit éléments de l'arc réflexe.

Pour désigner ces différentes espèces de contraction, j'emploierai les termes abréviatifs que représente le tableau suivant:

A. *Contraction directe*, par excitation directe
du muscle : *Contraction musculo-directe ;*
du nerf moteur : *Contraction névro-directe ;*
de la racine motrice : *Contraction radico-directe;*

B. *Contraction centrale*, par excitation des centres nerveux.— *Contraction médullaire, bulbaire, encéphalique.*

C. *Contraction réflexe*, par excitation
de la racine sensitive : *Contraction radico-réflexe ;*
du ganglion : *Contraction ganglio-réflexe ;*
du nerf sensitif: *Contraction névro-réflexe ;*
de la périphérie sensitive : *Contraction périphéro-réflexe.*

Les divers modes de contraction directe ont été étudiés dans tous leurs détails, et les formes de la secousse et du tétanos directs sont aujourd'hui classiques. Sauf quelques différences légères tenant au lieu et à la nature de l'excitation, cette contraction varie peu de forme et je ne m'y arrêterai pas ici.

Mais il n'en est pas de même de la contraction réflexe. Cette contraction n'a pour ainsi dire pas été étudiée dans sa forme par les physiologistes et cette forme a été jusqu'ici presque complètement méconnue, on verra plus loin pour quelles causes.

J'ai étudié, dans une série d'expériences faites toutes sur la grenouille, la forme de la contraction réflexe en la comparant à celle de la contraction directe, et je suis arrivé à des résultats qui m'ont paru mériter l'attention des physiologistes. Je ne puis, dans cette note, entrer dans le détail des expériences qui seront publiées, avec les tracés graphiques, dans un mémoire spécial; je me contenterai de donner ici les principaux résultats auxquels m'ont amené mes recherches.

Les caractères de la *secousse radico-réflexe* obtenue par une excitation *unique*, électrique ou mécanique, de la racine sensitive ont été bien étudiés par Wundt *(Untersuchungen zur Mechanik der Nerven und Nervencentren)*. En somme, à part une excitabilité plus grande des racines sensitives quand on les compare aux nerfs sensitifs, la forme de la secousse radico-réflexe est identique, d'après mes expériences, à celle de la secousse névro-réflexe. Il en est de même, du reste, pour le *tétanos radico-réflexe* obtenu par les excitations intermittentes de la racine sensitive; je ne l'ai jamais vu différer sensiblement du tétanos névro-réflexe. Je ne puis donc que renvoyer au paragraphe qui traite de la contraction névro-réflexe.

Je ne m'arrêterai pas non plus sur la *contraction ganglio-réflexe*. Il est presque impossible, chez la grenouille, de localiser l'excitation dans le ganglion de la racine postérieure; l'excitation se transmet trop facilement aux parties voisines pour qu'on puisse attacher une certaine valeur aux résultats obtenus. Aussi ai-je laissé de côté ce mode d'excitation après quelques essais infructueux.

La *contraction névro-réflexe* doit être étudiée sous ses deux formes, sous celle de secousse et sous celle de tétanos, en essayant les divers modes d'excitation. J'ai employé spécialement les excitations électriques et mécaniques.

Quand on fait agir sur le nerf sensitif une seule excitation électrique (courant constant ou courant induit), cette excitation doit être très intense pour produire une secousse névro-réflexe. Supposons, par exemple, qu'on emploie une excitation suffisamment intense pour déterminer, appliquée sur le nerf moteur, une secousse directe, pour avoir une secousse réflexe, en l'appliquant sur le nerf sensitif, il faudra augmenter l'intensité de l'excitation dans le rapport de **1** à **3** ou **4**. En injectant des doses faibles de strychnine, la contraction directe et la contraction réflexe se produisent pour une intensité plus faible de l'excitant; mais, pour un léger degré d'intoxication, le rapport d'intensité **1** à **3** ou **4** reste le même; puis à mesure que l'intoxication strychnique augmente, ce rapport diminue et devient égal à zéro.

Les caractères de la secousse névro-réflexe, si on la compare à la secousse névro-directe, présentent les différences suivantes, qui ont été déjà signalées par Wundt *(loc. cit.)*. L'amplitude de la secousse réflexe est en général moins considérable, sa durée est plus longue et l'allongement porte surtout sur la période de descente de la courbe musculaire; enfin le muscle revient moins complètement à sa longueur primitive et présente souvent un certain degré de contracture consécutive. Je ne ferai que mentionner en outre l'augmentation de la période d'excitation latente. Je ne m'appesantirai pas sur les caractères de la secousse névro-réflexe, dont l'étude complète et détaillée a été faite par Wundt, dont je ne puis que confirmer les résultats.

---

année, un achat de 300 à 500 ouvrages bon an mal an, n'absorberaient pas 10,000 francs ; serait-il donc difficile, à l'aide des deux moyens dont nous venons de parler, d'arriver à combler rapidement les lacunes de nos bibliothèques médicales publiques?

III. — Nous connaissons encore un autre moyen d'accroître les dépôts de livres : c'est de veiller à ce que les bibliothèques soient bien rangées, que les catalogues sur fiches, par noms d'auteurs et par ordre de matières, soient toujours au courant, et que les catalogues soient imprimés et publiés. La France est fort en retard, et une seule bibliothèque, celle du Val-de-Grâce, qui n'est point ouverte au grand public médical, possède un répertoire sur fiches par ordre de matières. Aucune de nos bibliothèques publiques, médicales ou non, n'a fait imprimer son catalogue. Notre grand dépôt de la rue Richelieu, après avoir donné deux volumes du catalogue des livres de médecine, nous promet, depuis plus de quinze ans, le troisième. A quand le quatrième ? à quelle époque verrons-nous les tables ? Les autres départements sont aussi en retard, et cependant nous sommes obligés de les consulter souvent, pour la biographie par exemple, pour l'Assistance publique, l'histoire des hôpitaux, etc. Aucune autre bibliothèque n'a commencé à faire imprimer son catalogue ; ni la Mazarine, ni l'Arsenal, riches toutes deux en vieux livres de médecine, et nul ne peut prévoir quand ceux des Facultés de Paris et de la province seront prêts. Or chacun sait bien que la publication d'un catalogue amène forcément des dons et l'on est d'autant mieux disposé à enrichir une bibliothèque qu'on la sait bien en ordre et pourvue d'un bon répertoire que l'on est sûr de trouver partout, que l'on peut parcourir à loisir, afin de s'assurer, avant de faire un voyage, une course, une démarche, que l'ouvrage cherché se trouve ici ou là. Je sais bien, sans sortir de mon cabinet, que tel livre rare, que tel manuscrit se trouve à Vienne, à Londres, au Vatican, à Berlin, à Berne, à Oxford ou au Mont-Cassin ; j'ignore si le même livre rare existe à Paris, et, pour m'en assurer, il faut faire de longues courses, aller déranger un collègue fort bienveillant sans doute, mais tout aussi occupé, et souvent en déranger plusieurs pour rien, lorsque le hasard ou une expérience acquise, ne conduit pas tout droit au local cherché.

Cette situation est connue d'un certain nombre de lecteurs : professeurs, médecins des hôpitaux, membres de commissions minis-

Quand, au lien d'une seule excitation électrique, on fait agir sur le nerf sensitif plusieurs excitations successives de fréquence suffisante, au lieu d'une simple secousse on obtient une *série de secousses*, qui *peuvent* se fusionner plus on moins complètement en un *tétanos névro-réflexe*.

Ce tétanos névro-réflexe présente les caractères suivants :

La forme du tétanos névro-réflexe est différente de celle du tétanos névro-direct. Le plateau tétanique n'existe pas ou est très arrondi et la courbe se rapproche plus ou moins d'une secousse musculaire simple. Quelquefois cette contraction est double, soit que les deux contractions se succèdent immédiatement, soit qu'un intervalle plus ou moins prolongé les sépare. Assez souvent elle est suivie d'un raccourcissement permanent qui dure plus ou moins longtemps. En outre, la forme du tétanos-réflexe est toujours irrégulière. En résumé, ce qui domine, c'est une variabilité extrême très frappante, surtout si on la met en regard de la régularité typique du tétanos direct.

En second lieu, le tétanos névro-réflexe apparaît longtemps après le tétanos névro-direct, et en examinant les tracés avec attention, on s'aperçoit bientôt que, dans la plupart des cas, le tétanos réflexe apparaît *après la cessation de l'excitation tétanisante*, à moins que cette excitation ne soit prolongée au delà de certaines limites, et ce retard du tétanos réflexe, sur la fin de l'excitation, diminue avec la durée de cette excitation.

En outre, la durée du tétanos névro-réflexe est en général plus courte que celle du tétanos névro-direct et surtout, ce qui est important, cette durée est beaucoup moins influencée par la durée de l'excitation. Ainsi, dans une série d'expériences dans lesquelles la durée de l'excitation tétanisante variait de 26 à 320/12 de seconde, la durée du tétanos névro-direct variait de 29 à 321/12, celle du tétanos réflexe de 20 à 45/12 seulement.

Ces faits montrent évidemment qu'il n'y a pas entre l'excitation et le tétanos réflexe l'étroite relation qui existe entre l'excitation et le tétanos direct.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE MÉDICALE

Des kystes hydatiques du foie ouverts dans l'estomac, principalement au point de vue du pronostic, par le docteur Liandier.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Lorsqu'un kyste du foie tend à s'ouvrir au dehors, quelle que soit la voie qu'il suive, on observe d'abord des accidents de péritonite plus ou moins intenses. C'est une douleur vive, siégeant au niveau de la tumeur et à son pourtour ; c'est une fièvre plus ou moins forte ; ce sont des vomissements, soit verdâtres, porracés, soit alimentaires ; ces derniers offraient un haut degré d'intensité dans le cas observé par nous, mais ici ils pouvaient être rattachés à une autre cause, car au moment où ils se manifestèrent, la malade était enceinte de trois mois. Les vomissements étaient chez elle incoercibles, et en même temps la douleur qu'elle éprouvait au niveau de la tumeur était si vive que, pendant les six mois qui précédèrent la rupture, elle ne put quitter le lit.

L'ictère plus ou moins intense est aussi assez fréquent. Ces divers accidents peuvent s'apaiser, puis reparaître à plusieurs reprises avant que le kyste ne se perfore. Toutefois ils peuvent aussi manquer ou être très peu accentués. L'expulsion des hydatides annonce seule le travail pathologique qui s'est opéré. Elle peut se faire, dans le cas qui nous occupe, soit par la bouche, soit par la bouche et l'anus : le fait de Duchaussoy prouve même que les vomissements peuvent faire défaut alors même que la perforation stomacale existe. Nous le rapportons ici succinctement :

Obs. I. (Duchaussoy, Soc. anat., 1854.) — Femme atteinte de kyste hydatique volumineux. Le 27 décembre 1853, hydatides dans les selles. Depuis les garde-robes étaient jaunâtres et semblables aux matières qu'on retrouva plus tard dans le kyste. Jamais de vomissements. Haleine fétide. Le 30 janvier, une péricardite se déclara et emporta la malade.

A l'autopsie, on constata : 1° une péricardite ; 2° un vaste kyste à l'union du lobe gauche et du lobe droit du foie, communiquant avec l'estomac à 3 centimètres à gauche du pylore par un orifice pouvant admettre le doigt ; 3° hydatides dans le grand épiploon et un des reins ; 4° muqueuse stomacale noirâtre comme dans les phlegmasies chroniques.

Dans ce cas, le diagnostic était impossible ; rien, en effet, ne

---

térielles, de conseils divers, que tous s'en occupent quelque peu, se joignent à nous, à la masse des chercheurs, et nous pourrons considérer la question de l'impression et de la publication des catalogues comme une question résolue.

Nous ferons connaître dans un autre article quel a été l'accroissement des principales bibliothèques médicales de l'Europe et de l'Amérique et quelles sont celles qui ont publié des catalogues généraux ou partiels.

Dr A. Dureau.

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine de Paris décernera, en 1885, le prix Duparcque au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, écrit en langue française, à la condition toutefois qu'il n'ait pas été publié depuis plus de deux ans, sur la pathologie de l'ovaire et l'ovarite en particulier.

Le prix Duparcque, n'ayant pas été décerné en 1883, sera pour 1885 d'une médaille d'or et de la somme de 1,200 francs.

Le concours s'ouvrira le 1er janvier 1884 ; les travaux destinés au concours devront être envoyés avant le 1er janvier 1885 au secrétaire général de la Société, M. le docteur Thorens, 34, rue de Penthièvre.

La Société de médecine de Paris a constitué son bureau pour 1884 : Président, M. Polaillon ; vice-président, M. de Beauvais ; secrétaire général, M. Thorens ; trésorier, M. Perrin ; archiviste, M. Rougon ; secrétaires annuels, MM. Apostoli et Marchal ; membres du comité de rédaction, MM. Abadie, Charpentier, Graux et Fauquez.

***

Explosion a la Faculté de médecine de Lille. — M. Doumerc, professeur agrégé de physique, et deux étudiants, préparaient dans des cornues du chlorure de calcium. Le professeur, voulant se rendre compte de la température de la solution, a approché son visage du liquide qui atteignait 118°. Une explosion s'est produite à ce moment, et le professeur a reçu le contenu des cornues sur la figure. Il a la face complètement brûlée ; l'œil gauche est perdu, l'épiderme du nez est enlevé, en un mot le visage de M. Doumerc n'est plus qu'une plaie. Un étudiant a été grièvement brûlé.

peut autoriser à admettre une perforation stomacale en dehors du rejet par vomissement du contenu du kyste. Mais ce vomissement que, d'après M. Cadet de Gassicourt, la plupart des auteurs regardent comme pathognomonique, ce vomissement a-t-il bien toute la valeur qui lui a été attribuée ? Letourneur ne le pense pas; pour lui, les hydatides déversées dans le duodénum pourraient pénétrer dans l'estomac et être vomies, et il cite comme preuve de la possibilité de ce fait les vomissements bilieux et fécaloïdes. Evidemment, on peut parfois invoquer ce mécanisme, et Davaine rapporte une observation de Musgrave où le malade guérit, et que nous n'avons pas cru devoir ranger parmi les cas de perforation stomacale. Le sujet de cette observation rendit de nombreuses hydatides par les selles, et une seule par la bouche, bien qu'il eût des vomissements assez fréquents. Il nous semble qu'en cas de perforation stomacale les matières vomies auraient dû contenir un plus grand nombre d'échinocoques. Le cas de Duchaussoy ne peut être invoqué contre cette supposition; car sa malade n'avait eu de vomissements d'aucune espèce. Nous abandonnons donc ce fait, mais nous croyons que la supposition de Letourneur n'est pas admissible dans ceux qui nous restent à étudier. En effet, d'une part les rapports du foie avec le duodénum sont fort peu étendus, et lorsqu'il y a rupture d'un kyste hépatique dans l'intestin, cette rupture se fait surtout dans le colon; d'antre part, si les hydatides peuvent arriver dans le duodénum par les voies biliaires et l'ampoule de Vater, cette migration (qui s'accompagne bien plutôt des signes de la colique hépatique que de ceux de la péritonite) ne peut nous expliquer les cas où le malade vomit des flots de pus et des quantités assez considérables d'échinocoques, non plus que la sonorité tympanique que présente quelquefois la tumeur à la suite de l'évacuation. Aussi, en présence d'un pareil accident, le médecin est-il formellement autorisé à porter le diagnostic de perforation stomacale, et en réalité il n'hésite pas à le faire. Par conséquent, nous pourrions dire qu'un diagnostic rigoureux ne nous est pas nécessaire au point de vue pratique, et qu'établir le pronostic des cas où tout doit nous faire porter le diagnostic de perforation stomacale revient à établir le pronostic de cette perforation elle-même. Or, nous l'avons dit, ce pronostic, sans être bénin, est loin d'être désespéré, comme va nous le montrer l'étude des faits que nous avons recueillis.

CAS SUIVIS DE MORT.

OBS. II. (Cleyer dans les *Éphémérides des curieux de la nature*). — Un nombre considérable de vésicules dont la description se rapporte aux hydatides furent trouvées dans l'estomac d'un cadavre. Point de détails sur l'état des organes voisins ni de l'estomac. Point de relation de la maladie.

OBS. III. Portal (ANAT. MÉD., 1803) dit avoir trouvé une hydatide de la grosseur d'un œuf de pigeon libre dans la cavité de l'estomac.

OBS. IV. (Cruveilhier, article *Acéphalocystes* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE) — Une femme, qui avait une tumeur saillante au-dessous de l'appendice xyphoïde, raconta qu'avant son entrée à l'hôpital elle avait vomi à plusieurs reprises des membranes semblables à du blanc d'œuf cuit. Elle succomba peu de jours après son entrée. A l'autopsie, on trouva le lobe gauche du foie converti en une vaste poche renfermant un grand nombre d'hydatides. Cette poche adhérait à l'estomac et s'ouvrait assez largement dans ce viscère. Elle adhérait aussi au côlon transverse, mais sans s'y ouvrir.

OBS. V. — Balme (du Puy). JOURN. DE MÉD. CHIR., t. LXXXIV, Paris, 1790.

Une femme de trente-cinq ans fut prise, quinze jours après son accouchement, de fièvre et d'autres accidents. Six semaines après, vomissement sans grands efforts et comme spontanés d'une foule de corps ronds ou ovales qui se déchiraient au passage de l'œsophage ou en tombant dans le vase et contenaient une humeur bilieuse. Il y en avait 23 dont 2 ou 3 de la grosseur d'un œuf de poule; quelques-uns ressemblaient à du blanc d'œuf cuit. Il y eut aussi évacuation par les selles des mêmes productions. Le lendemain, nouveau vomissement de vésicules; persistance des phénomènes graves et des vomissements; nouvelle évacuation d'hydatides par les selles; enfin mort dans la consomption, après plus d'un mois d'alternatives de mieux-être et de rechutes.

Voilà donc, en comptant celle de Duchaussoy rapportée plus haut, cinq observations suivies de mort. La deuxième et la troisième nous donnent fort peu de détails; on a trouvé des hydatides dans l'estomac; probablement elles venaient du foie et leur élimination a entraîné des accidents mortels, mais cela n'est pas démontré. La mort fut due à une péricardite dans le cas de Duchaussoy, sans que nous puissions dire quelle fut la relation pathogénique entre cette complication ultime et l'évolution du kyste.

(*A suivre*).

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

TRAVAUX FRANÇAIS

(Suite. — Voir le numéro 44, 47 et 49.)

LES FAMILLES DES ALIÉNÉS AU POINT DE VUE BIOLOGIQUE, par le professeur B. BALL et le docteur E. RÉGIS (l'*Encéphale*, 1883, nos 4, 5, 6).

Voici les conclusions les plus importantes de cet article, qui a pour objet l'étude comparative des familles d'aliénés et des familles normales, au point de vue biologique. Les recherches ont porté sur 100 familles normales, composées de 2,000 membres, et sur 400 familles diverses d'aliénés, comprenant 6,844 individus.

1o La durée de la vie ou *longévité* est supérieure chez les ascendants des aliénés à celle que présentent les familles normales. C'est surtout chez les ascendants des alcooliques et des paralytiques généraux que l'âge moyen est le plus élevé; il y dépasse réellement les limites ordinaires et atteint des proportions remarquables.

Dans les familles des névropathes et des vésaniques, la longévité est moins accentuée et tend à se rapprocher des conditions ordinaires.

On observe aussi, chez les parents et surtout chez les grands parents des alcooliques et des paralytiques généraux, des cas assez fréquents de *longévité exceptionnelle*. Les nonagénaires et même les centenaires y sont relativement assez nombreux. Il n'en est pas ainsi chez les autres catégories d'aliénés.

2o La moyenne des naissances ou *natalité* est, d'une façon générale, plus élevée dans les familles d'aliénés que dans les familles normales. Cette moyenne étant de 4 naissances et demie par famille à la troisième génération chez les individus normaux, elle est d'un peu moins de 5 dans les familles de vésaniques et d'épileptiques, de près de 6 dans les familles d'hystériques, de 6 et une fraction dans les familles de paralytiques généraux, enfin de plus de 7 dans les familles d'alcooliques. C'est-à-dire que, dans cette génération, il naît un tiers

de plus d'individus dans les familles de paralytiques que dans les familles normales, et, dans les familles d'alcooliques, près du double. D'où il suit que les paralytiques généraux et les alcooliques aliénés appartiennent, en général, à des familles très nombreuses, qui comptent, parfois, jusqu'à 12, 15, 18 et même 20 membres à la même génération.

A la génération suivante, la *natalité* est à peu près identique dans les familles d'aliénés et dans les familles normales. C'est-à-dire que des paralytiques généraux, des vésaniques, des épileptiques, des hystériques, pris au même âge et dans les mêmes conditions que des individus normaux, ont un chiffre d'enfants analogue à celui de ces individus. Seuls, les alcooliques font exception à cette règle, car ils ont à peu près le double d'enfants que les individus normaux et les divers autres aliénés.

3° La puissance de vie ou *vitalité* est, d'une façon générale, de beaucoup inférieure dans les familles d'aliénés à celle qu'on trouve dans les familles normales, et elle diminue de plus en plus dans les familles d'aliénés, à mesure qu'on descend dans les générations inférieures. C'est dans les familles d'alcooliques et de paralytiques généraux qu'elle s'abaisse le plus. Dans les familles d'aliénés vésaniques et hystériques, la vitalité, quoique toujours inférieure à celle qu'on trouve dans les familles normales, tend cependant à s'en rapprocher.

L'époque de la vie où la vitalité est la moins forte, aussi bien dans les familles normales que dans les familles d'aliénés, est le bas-âge, c'est-à-dire la période comprise entre 0 et 3 ans; mais dans les familles d'aliénés, surtout dans les familles autres que celles des vésaniques, ce défaut de vitalité dans le bas-âge s'exagère d'une façon notable, et il va, chez les descendants d'alcooliques notamment, jusqu'à entraîner une mortalité de près de 80 pour cent.

Il résulte de ce fait que, si le chiffre des naissances est plus élevé dans les familles d'aliénés que dans les familles normales, le défaut très marqué de vitalité qu'on y observe vient, et au-delà, rétablir l'équilibre ; en sorte que, malgré leur chiffre élevé de naissances, les familles d'aliénés comptent, après le bas-âge, une population inférieure à celle qui existe dans les familles normales.

4° La *morbidité*, c'est-à-dire l'aptitude aux diverses maladies, dans les familles d'aliénés, diffère de la morbidité qu'on observe dans les familles normales.

Dans les familles normales, il n'existe pas, à proprement parler, de catégorie de maladies qui se manifeste de préférence à toute autre. La morbidité y est très variée, et se répartit à peu près également entre les affections des divers appareils.

Dans les familles d'aliénés, la morbidité revêt, au contraire, un cachet spécial, qui frappe dès l'abord et permet de les distinguer. Les états morbides les plus fréquents dans ces familles sont : l'*aliénation mentale*, les *maladies nerveuses*, les *affections cérébrales*, l'*alcoolisme* et la *phthisie pulmonaire*.

Ces états morbides ne s'observent pas indistinctement et avec la même fréquence dans toutes les familles d'aliénés, et il convient, à cet égard, de créer des catégories spéciales.

a. — Dans les familles de *paralytiques généraux*, la caractéristique de la morbidité est l'aptitude aux *maladies cérébrales*, extrêmement fréquentes dans ces familles. L'aliénation mentale, les névroses, l'alcoolisme et la phthisie n'y sont pas au contraire plus fréquentes que dans les familles normales. Il suit de là que la paralysie générale n'est pas une folie, mais une *maladie cérébrale* compliquée on non de folie, et que la diathèse qui pèse sur les familles des paralytiques généraux est la *diathèse cérébrale*.

b. — Dans les familles d'*aliénés vésaniques*, la caractéristique de la morbidité est l'aptitude à *la folie*, qu'on y rencontre très fréquemment à toutes les générations. Les autres états morbides signalés plus haut, tels que les affections cérébrales, les névroses, l'alcoolisme, la phthisie, ne s'y montrent pas, pour leur part, avec une fréquence spéciale. Les familles de vésaniques constituent donc des familles d'aliénés à part, sujets à une diathèse spéciale qu'on peut appeler *diathèse vésanique* ou de la folie proprement dite.

c. — Dans les familles d'*aliénés épileptiques*, il n'existe pas, à proprement parler, de caractéristique de la morbidité, ou plutôt cette caractéristique est multiple au lieu d'être unique Ainsi les états morbides qu'on observe le plus fréquemment dans les familles d'épileptiques sont : à l'ascendance, la *phthisie pulmonaire* et l'*alcoolisme ;* à la descendance, les *affections cérébrales*, surtout les *affections cérébrales infantiles*.

Quant à l'aliénation mentale, elle ne présente pas une fréquence particulière dans les familles d'épileptiques.

Enfin l'épilepsie elle-même est relativement assez rare dans les familles d'épileptiques. Au point qu'on peut dire, d'une façon générale, que l'épilepsie ne naît pas d'habitude de l'épilepsie.

d. — Dans les familles d'*aliénés hystériques*, la caractéristique de la morbidité, très marquée, se manifeste par une aptitude spéciale aux *maladies nerveuses*, surtout au *nervosisme* et à l'*hystérie ;* en sorte qu'il existe bien réellement, dans ces familles, une diathèse spéciale qui peut être appelée la *diathèse nerveuse*.

Les autres états morbides, tels que l'aliénation mentale, l'alcoolisme, la phthisie, etc., quoique peut-être plus fréquents que dans les familles normales, ne le sont pas suffisamment cependant pour être signalés comme caractéristiques.

e. — Dans les familles d'*aliénés alcooliques*, il n'existe pas, au moins à l'ascendance, de caractéristique de la morbidité, à part l'alcoolisme lui-même, qui s'observe avec une certaine fréquence chez les ascendants des alcooliques ; mais si l'alcoolisme ne provient pas d'une diathèse quelconque, il la crée en revanche, et cette diathèse, née de l'alcoolisme, semble se manifester dans la descendance par un double courant : une aptitude marquée aux *affections cérébrales infantiles* en même temps qu'à la *phthisie pulmonaire*.

(A suivre.)

Dr E. RÉGIS.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Cinquante-sixième réunion des naturalistes et des médecins allemands

tenue à Fribourg du 18 au 23 septembre 1883.

Suite. — Voir les numéros 43, 45, 46, 47 et 49.

SECTION DE PÉDIATRIE.

La section de pédiatrie, conformément à une décision prise lors du précédent congrès (1882), a consacré ses travaux à l'examen des principales questions qui touchent à l'étude de la tuberculose dans le jeune âge. Vu l'actualité du sujet, nous avons accordé une place à part aux communications qui se sont produites à ce propos

et que nous avons analysées d'après le compte rendu paru dans le Deutsche med. Wochenschrift, n° 49.

Fréquence de la tuberculose chez les enfants ; ses principales localisations ; étiologie générale ; tuberculose des nouveau-nés ; tuberculose miliaire généralisée, par le professeur Demme (de Berne). — Pour juger de la fréquence de la tuberculose dans le jeune âge, l'auteur a puisé dans les documents statistiques de l'hôpital des enfants de Berne, et voici les résultats qu'il a relevés : Sur 36,148 enfants qui ont été soignés dans cet hôpital de 1862 à 1882, on en compte 1,932 qui étaient affectés de lésions tuberculeuses ou se rattachant à la tuberculose (scrofule, lupus). Considérées au point de vue de leur localisation primitive, ces lésions se répartissaient de la façon suivante : affections articulaires et osseuses 42,5 0/0; tuberculisation des ganglions lymphathiques 35,8 0/0; tuberculose pulmonaire 10,6 0/0 ; tuberculose intestinale 3,5 0/0; méningite tuberculeuse 3,0/0 ; lupus 2,6 0/0 ; tubercules dans les centres nerveux 0,8 0/0 ; tuberculisation des organes génitaux 0,5 0/0 ; lésions tuberculeuses des reins 0,4 0/0.

Si on tient compte des localisations secondaires de la tuberculose, les lésions pulmonaires atteignent le taux de 23,6 0/0, la tuberculose intestinale 6,1 0/0, la méningite tuberculeuse 6,3 0/0, la tuberculisation des reins 1,1 0/0, celle des organes génitaux 0,8 0/0; enfin la tuberculisation des ganglions bronchiques et mésentériques atteint une extrême fréquence.

Des recherches récentes ont démontré que les différentes localisations de la tuberculose chez les enfants constituent des lésions spécifiques, développées par le bacille de Koch venant germer dans un terrain propice. L'hérédité joue un très grand rôle dans la prédisposition à l'infection tuberculeuse. Cette prédisposition peut être acquise ; ainsi la rougeole joue très souvent le rôle de circonstance prédisposante ; la coqueluche, beaucoup plus rarement. L'infection se fait le plus souvent par les voies respiratoires et digestives La preuve que le lait des vaches affectées de la pommelière peut servir d'agent de transmission du virus tuberculeux a été fournie par des observations récentes faites à l'hôpital de Berne. C'est sur les enfants de trois et de quatre ans que la tuberculose exerce le plus de ravages. La possibilité d'une tuberculose congénitale est rendue vraisemblable par deux faits d'observation récente, relatifs l'un à un enfant qui succomba le 21° jour après la naissance à une tuberculisation de l'intestin, l'autre à un enfant qui mourut à l'âge de 29 jours, d'une phthisie pulmonaire avec cavernes.

La tuberculisation miliaire aiguë généralisée est un des aboutissants les plus communs du processus tuberculeux dans le jeune âge. Sur les 1,932 cas relevés par M. Demme, ce mode de terminaison a été noté 64 fois (33,3 0/0). A plusieurs reprises, la tuberculisation généralisée était en relation évidente avec des opérations faites sur des foyers tuberculeux siégeant dans des os ou dans des ganglions lymphatiques ; deux fois elle tira sa source de nodosités de lupus caséifiées.

En terminant, M. Demme a fait connaître les résultats de ses recherches concernant la présence du bacille de Koch dans des lésions de nature tuberculeuse. Nous ne mentionnerons qu'un seul détail : sur quinze cas d'altérations fongueuses des os ou des articulations, deux fois le résultat de ces recherches fut négatif.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, M. Flesch a insisté sur la fréquence de la tuberculisation des ganglions bronchiques, fait qui serait en rapport avec la fréquence avec laquelle la rougeole préside à l'infection tuberculeuse.

M. Rauchfuss (de Saint-Pétersbourg) a noté des lésions tuberculeuses du poumon et des ganglions bronchiques dans les 9/10 des autopsies de sujets tuberculeux qu'il a faites à l'hospice des Enfants assistés de Saint Pétersbourg.

M. Thomas a trouvé des cavernes à l'autopsie de plus d'un nouveau-né, et il a attiré l'attention de ses confrères sur les dangers qu'il peut y avoir à faire assister les femmes en couches par des sages-femmes tuberculeuses.

(A suivre.)

E. Ricklin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 décembre 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

De l'inoculation préventive avec les cultures charbonneuses atténuées par la méthode des chauffages rapides. Note de M. A. Chauveau, présentée par M. Bouley.

L'auteur emploie le procédé dit de la vaccination double, introduit dans la pratique par M. Pasteur. Voici, dit-il, la manière d'opérer qui m'a paru la plus convenable. Au lieu de chauffer en masse tout le liquide dit *vaccinal* contenu dans chaque matras, j'en fais deux parts égales : l'une d'elles seulement est chauffée à + 80° ; l'autre est conservée telle quelle. Celle-ci, avec son atténuation primitive faible, est dans les meilleures conditions pour servir de ce que M. Pasteur appelle le *deuxième vaccin ;* celle-là, dont l'atténuation est complétée par le chauffage à + 80°, sert de premier vaccin.

L'essai de ce procédé a été tenté sur dix moutons. Après la première inoculation, aucun n'a succombé et n'a même été sensiblement malade. La seconde inoculation, retardée par le fait de diverses circonstances, n'a pu, malheureusement, être faite que deux mois juste après la première ; elle ne parut pas éprouver davantage les sujets d'expérience. Cependant l'un d'eux mourut tardivement du sang de rate. Enfin l'opération décisive, l'inoculation d'épreuve avec le virus très actif d'une culture normale, fut pratiquée trois semaines après la seconde vaccination, puis réitérée le sixième jour avec du sang très virulent, répétée enfin une troisième fois toujours avec du sang charbonneux très riche en bâtonnets. Le succès fut complet. Malgré cette accumulation de virus extrêmement actifs, les neuf survivants résistèrent tous parfaitement. Ces moutons étaient donc bien en possession d'une immunité parfaite.

Les résultats si favorables de cet essai donnaient la preuve que la méthode des chauffages rapides pouvait être appliquée avec succès à la pratique des inoculations préventives et méritait d'être étudiée à ce point de vue.

Si l'on veut apprécier la valeur pratique d'une méthode d'inoculation préventive, il faut l'envisager au triple point de vue de la facilité d'exécution. de l'innocuité des opérations, de la solidité du résultat poursuivi : la conquête de l'immunité.

Au point de vue de la facilité d'exécution, on peut affirmer que la méthode est entre les mains de tout le monde.

Relativement à l'innocuité des inoculations, les faits que j'ai signalés et bien d'autres séries d'expériences dont je n'ai pas parlé, parce que chacune ne comprenait qu'un trop petit nombre de sujets, prouvent que la méthode ne paraît le céder à aucune autre.

Quant à la solidité de l'immunité, la méthode peut soutenir avantageusement la comparaison avec toute autre méthode. Cette grande solidité, constatée expérimentalement en maintes circonstances, tient à la grande activité du second liquide, dit *vaccinal;* non chauffé, ce liquide se rapproche beaucoup des virus forts, et ne peut faire autrement que de produire une profonde impression sur l'économie des animaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 décembre 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté adressé par M. le docteur Georges Martin (de Bordeaux).

— M. Tarnier présente un nouveau céphalotribe qu'il a fait construire par M. Collin.

M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. Landowski, un nouveau pessaire.

— M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. le docteur Lecadre (du Havre), membre correspondant, décédé à l'âge de quatre-vingt-un ans.

— M. Colin (d'Alfort), à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Sée, fait observer que la question soulevée par son collègue lui semble encore loin d'être résolue. La solution présentée ne tient compte ni de tous les faits acquis, ni de tous les résultats de l'expérimentation sur les animaux. Il ne s'agit pas de savoir s'il y a ou non des microbes dans les crachats de phthisiques, mais bien s'ils sont propres aux produits de l'expectoration de ces malades, si, par conséquent, leur présence est un moyen de diagnostic sûr de la phthisie; enfin, si cette présence indique sûrement la nature parasitaire ou microbienne de leur tuberculose.

M. Colin admet l'existence de microbes dans les produits de l'expectoration des phthisiques. Comment n'y en aurait-il pas alors qu'ils existent dans une foule d'autres conditions pathologiques et même à l'état physiologique?

La présence de ces microbes n'a donc rien de spécial à la phthisie.

M. Colin s'applique à démontrer qu'il reste beaucoup de choses à apprendre pour qu'on voie bien si les microbes de crachats de phthisiques peuvent devenir un moyen de diagnostic.

Quant à la question de savoir si la présence des microbes dans les crachats implique la nature parasitaire ou microbienne de la phthisie, c'est là, selon M. Colin, un point très obscur.

L'expérimentation a un fait capital à opposer à la doctrine de la virulence tuberculeuse par le bacille, c'est celui de la production du tubercule par l'inoculation des matières non tuberculeuses. Ce fait est parfaitement établi et, à lui seul, ruine la doctrine dont il s'agit.

M. Germain Sée répond aux trois objections suivantes faites par M. Colin : 1° le bacille existe à l'état physiologique ; 2° il n'a rien de spécial à la tuberculose ; 3° il n'indique nullement la nature parasitaire de cette affection.

A la première objection, à savoir que les bacilles existent à l'état physiologique, M. Sée répond qu'on n'en trouve point dans l'air, qu'il ne les a jamais considérés comme une cause de contagion; qu'ils se trouvent pour ainsi dire fabriqués par l'individu lui-même. Koch a démontré qu'au-dessous de 30° et au-dessus de 90°, le bacille ne peut pas vivre; que la température dans laquelle il se développe le mieux oscille entre 36° et 40°, précisément la température du corps humain. Les bacilles ne pourraient donc pas vivre dans l'air. Il faut, d'une part, une certaine température et, d'autre part, une certaine disposition de l'individu qui doit lui servir de milieu de culture. Il n'y a donc pas la moindre analogie à établir entre les bacilles et les bactéridies, les micrococcus, etc.

Si l'on injecte des produits tuberculeux sans bacilles, on n'obtient rien par l'inoculation; si, au contraire, on injecte le bacille seul, isolé, on obtient non seulement une tuberculose locale, mais une tuberculose généralisée.

A la seconde objection, à savoir que la présence des bacilles dans les crachats des tuberculeux n'a point de valeur, M. Sée répond en renvoyant aux travaux de MM. Malassez et Vignal. Koch a démontré qu'il n'y avait rien qui ressemblât à la coloration spéciale du bacille. M. Sée ajoute que l'existence du bacille chez les tuberculeux occupe aujourd'hui le monde entier : il a pu rassembler près de deux mille cinq cent dix observations.

La troisième objection de M. Colin est que le bacille n'implique pas la nature parasitaire de la maladie. C'est là une erreur, dit M. Sée. On le trouve dans toutes les périodes de la phthisie, aussi bien au début que dans la caverne la mieux caractérisée. On le trouve depuis le premier jour jusqu'au dernier, quelle que soit la période de la maladie. Un jeune expérimentateur, M. Martin, interne des hôpitaux, a démontré qu'en inoculant n'importe quelle substance, on pouvait obtenir des lésions, des pseudo-tubercules, mais que, dans ces cas, une première inoculation seule pouvait donner un résultat positif, tandis que, avec l'inoculation du bacille, on obtient indéfiniment la tuberculose.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant dans la quatrième division (chimie organique et toxicologie).

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Cazeneuve (de Lyon); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Lotard (de Lille) et Perrier (de Bordeaux).

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33, M. Cazeneuve obtient 59 suffrages, M. Lotard 4; un bulletin blanc.

En conséquence, M. Cazeneuve est proclamé élu.

— M. Blot donne lecture d'un rapport officiel sur la vaccine et les méthodes pratiquées en France en 1882.

— M. Foville lit un travail ayant pour titre : *Étude comparative des législations étrangères en ce qui concerne les aliénés traités à domicile.*

Il ressort de l'examen comparatif des résultats acquis dans les pays voisins que ce service devrait se faire aux deux conditions suivantes :

1° Présenter plusieurs degrés hiérarchiques de surveillance se contrôlant l'un l'autre ;

2° Etre centralisé entre les mains d'un corps spécial relevant directement de l'État.

Ce travail est renvoyé à la commission d'examen de la loi sur les aliénés.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Gillette présente à la Société le malade dont il a parlé à l'une des dernières séances et sur lequel il a pratiqué une ostéoclasie du fémur pour genu valgum. Le cal est pour ainsi dire nul et la marche est excellente : l'opération remonte à 7 mois.

— M. Polaillon lit une observation personnelle qui vient confirmer les conclusions du rapport de M. Terrier sur les relations de l'hystérie et du traumatisme. Une jeune fille, opérée par l'auteur d'une exostose sous-unguéale du gros orteil, eut consécutivement à l'opération des troubles spasmodiques qui cédèrent lentement à l'action prolongée du chloral. Il ne lui est resté qu'une névralgie persistante du gros orteil.

— M. Polaillon lit un rapport sur quatre cas d'ostéotomie adressés par M. Dubourg (de Bordeaux); deux fois l'opération fut pratiquée pour genu valgum chez des enfants de 4 ans par le procédé de Mac-Even. Dans le troisième cas il s'agissait d'une courbure rachitique chez un enfant de 28 mois : la guérison était obtenue au bout de deux mois. Dans le quatrième cas l'opération a été pratiquée chez un sujet de 14 ans pour une ankylose du genou consécutive à une résection vicieusement consolidée. Pour le genu valgum, M. Polaillon est partisan de l'intervention; mais, selon lui, il est préférable de faire l'ostéoclasie

pour éviter la plaie extérieure. Dans un mémoire récemment envoyé pour le prix Laborie, l'auteur signale, dans une statistique d'ostéotomie, huit accidents légers, huit cas graves, quatre cas mortels.

M. Polaillon rappelle, d'autre part, le succès récent qu'il vient d'obtenir par l'ostéoclasie chez une jeune fille de 15 ans; il mentionne aussi celui de M. Gillette. Les accidents de la méthode tiennent à l'emploi d'instruments défectueux. Ses échecs dépendent de l'âge trop avancé des sujets. L'ostéotomie doit être réservée au genu valgum de l'adulte, chez lequel la dureté du tissu osseux doit faire redouter les déchirures ligamenteuses. La troisième observation de l'auteur dénonce cette tendance fâcheuse et abusive qu'ont certains chirurgiens à opérer; ici l'intervention était prématurée et inutile. Quant à la quatrième, elle semble parfaitement justifiée.

M. Reclus a pratiqué 9 ostéoclasies à l'hôpital Trousseau : 3 pour genu valgum, 6 pour rachitisme chez des enfants âgés de 3 à 7 ans; il a eu neuf succès. Dans un cas, il eut au niveau du point d'application de l'instrument un léger sphacèle qui n'eut pas de suite; dans un autre, où il existait deux courbures dans deux plans différents, il dut faire la section du tendon d'Achille pour obtenir le redressement après la fracture. M. Bœckel, dans son dernier ouvrage, semble préférer l'ostéoclasie manuelle, car, la courbure siégeant ordinairement très bas, l'instrument de Colin, pour cet auteur, ne fournirait pas un bras de levier suffisant; l'ostéoclasie manuelle échoue souvent, et dans un cas de M. Reclus la fracture s'est faite un peu haut, la réduction en a été moins bonne. L'auteur ne peut donc accepter les conclusions du chirurgien de Strasbourg.

M. Reclus termine en se demandant si, en présence des résultats favorables de l'ostéoclasie, un chirurgien a le droit de pratiquer l'ostéotomie.

M. Gillette : L'ostéotomie ne doit pas être pratiquée avant l'âge de sept ans; il en est de même de l'ostéoclasie. Attendez douze ans et faites l'ostéoclasie qui vaut mieux. J'ai eu l'occasion de faire cette opération à Bicêtre, mais sur un adulte; je la referai bientôt sur un de mes malades.

M. Verneuil n'est point hostile à l'ostéotomie, mais pour le « genu valgum » et le rachitisme il préfère l'ostéoclasie. Il y a un an, ce chirurgien a eu l'occasion d'employer cette méthode avec succès chez un adolescent dont le fémur était volumineux. On ne peut critiquer Bœckel, car il a formulé son opinion sur l'ostéoclasie manuelle, à une époque où l'instrument de Colin était loin d'être aussi parfait qu'aujourd'hui. M. Dubourg n'a pas tenté chez son quatrième malade la rupture de l'ankylose avant de se décider à l'opération; peut-être aurait-il obtenu une fracture sus-condylienne dans un fémur probablement altéré. Deux fois, dans des tentatives de réduction, M. Verneuil a observé ce résultat.

M. Berger montre les photographies des malades sur lesquels M. Beauregard a pratiqué des ostéotomies. Depuis le congrès de Rouen, l'auteur a eu cinq fois l'occasion de faire cette opération.

M. Berger pense que, pour les courbures rachitiques, il est préférable d'employer l'ostéoclasie, quoiqu'elle soit susceptible d'échouer. Chez une jeune fille qu'il a eu l'occasion d'observer cette année à la Charité, l'ostéoclasie pratiquée par un chirurgien éclairé avait abouti à une pseudarthrose contre laquelle la résection, la suture et l'implantation de chevilles d'ivoire ont été depuis employées sans succès.

Quant au genou, M. Verneuil a encore pleinement raison; mais, là encore on peut échouer, et M. Berger cite le cas d'un malade atteint d'ankylose du genou, chez lequel une fracture simple du tibia subit un retard considérable de consolidation.

M. Terrillon a eu l'occasion de traiter des courbures rachitiques à l'hôpital Trousseau à un moment où l'appareil Colin n'était pas connu. Il a fait le redressement manuel avec une grande facilité.

M. Desprès trouve que l'ostéotomie est la seule méthode rationnelle, mais c'est une opération non justifiée pour les courbures rachitiques des enfants : la marche est toujours bonne. Si on la pratique, il faut faire trois ostéotomies cunéiformes et non une seule, sous peine de s'exposer à surajouter une nouvelle courbure à l'ancienne.

M. Monod, dans un cas d'ankylose rectiligne du coude après fracture de l'humérus, observé par lui à l'hôpital Necker, a obtenu fortuitement la réduction par la rupture partielle du cal.

M. Lucas-Championnière pense que, pour apprécier la valeur de l'ostéotomie, on ne doit pas mettre ensemble tous les cas. dans des observations connues de lui, l'opération a été mal faite. Quoique n'ayant pratiqué l'ostéotomie qu'une fois, il pense qu'on obtient avec elle moins de réaction inflammatoire et une réparation plus simple.

M. Trélat croit qu'il serait bon d'étudier à part l'ostéotomie pour chaque cas particulier; ce départ fait, on ne pourrait résoudre chaque question qu'à l'aide d'observations très multipliées. On ne pourra probablement jamais savoir la supériorité de l'une des deux méthodes sur l'autre, mais au moins on en connaîtra les indications.

— M. Pozzi présenté à la Société le malade sur lequel il a pratiqué la suture de la rotule. Le cal a moins d'un centimètre et la marche est très satisfaisante.

— M. de Saint-Germain présenté un nouvel ostéotome qui lui a donné d'excellents résultats sur le cadavre.

— M. Verrier lit une observation d'insertion vicieuse d'un placenta bilobé.

La séance est levée à cinq heures.

Addition à la séance du 28 novembre 1883.

A propos d'une communication d'ensemble sur la ligature élastique dans l'hystérectomie, M. le docteur Pozzi présente à la Société de chirurgie un nouvel instrument destiné à faciliter cette ligature. Il a eu l'occasion de l'expérimenter récemment et a pu en constater les avantages.



Ce ligateur élastique, fabriqué par M. Mariaud, est formé de deux pièces se démontant à volonté par un système de baïonnette, ce qui permet d'enlever le manche et de laisser au besoin en place, temporairement ou définitivement, la partie qui opère la constriction.

Cette dernière se compose d'un anneau elliptique divisé à sa partie médiane par une barrette verticale qui facilite le croisement du fil. Ce fil passe ensuite dans un excentrique dont le simple abaissement, à l'aide d'une pédale mobile, permet de fixer solidement au point de traction désiré.

Avant d'abaisser la pédale, il faut d'abord tendre fortement les fils, diminuer ainsi leur épaisseur ordinaire. Les fils étant serrés, faire une torsion avec l'instrument en le renversant, pour former une anse croisée. On lie ce point d'entrecroisement avec un fil de soie très fort, dont le premier nœud est passé deux fois (*nœud du chirurgien*), surmonté d'un nœud ordinaire; on opère alors une légère traction sur les fils élastiques et on les lie de nouveau avec de la soie, sans les croiser, à quelques millimètres de distance de la première ligature qui se trouve ainsi assurée.

M. Pozzi se sert, pour la ligature, de fils élastiques pleins et ronds en caoutchouc noir, du volume d'une bougie n° 14 de la filière métrique à 4 millimètres 2/3 de diamètre. Il est indispensable, avant d'appliquer l'anse élastique, de la faire tendre fortement par un aide.

PICQUÉ.

FORMULAIRE

PRÉPARATIONS SALICYLÉES CONTRE L'ECZÉMA.

1° Pâte salicylée :

Rec. Acide salicylique.	2 grammes	
Vaseline.........	50	—
Oxyde de zinc.... }	âà 25	—
Poudre d'amidon. }		

F. s. a. On applique cette pâte sur les régions envahies par l'eczéma, et on la recouvre d'une couche d'ouate maintenue par un linge ou une bande. Ne détermine pas de réaction inflammatoire, comme il arrive avec les pommades à base d'axonge.

2° Mixture pour le traitement de l'eczéma du cuir chevelu :

Rec. Acide salicylique....	1 gramme.	
Teinture de benjoin.	2	—
Vaseline..........	50	—

M. s. a. Pour onctions sur le cuir chevelu.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

VOYAGE A TRAVERS LA MONGOLIE ET LA CHINE, contenant 90 gravures d'après les croquis de l'auteur et une carte, par P. PIASSETSKY. — Paris, librairie Hachette.

Tous les yeux sont tournés aujourd'hui vers la Chine ; le livre de M. le docteur Piassetsky, traduit du russe par M Kuscinski, ne pouvait donc venir plus à propos. Le voyage dont il contient la relation remonte au mois de mars 1874 ; avec le respect des traditions qui caractérise les Chinois, c'est comme s'il datait d'hier, et le journal tenu par notre confrère russe nous initie ainsi complètement, sous une forme anecdotique toujours agréable au lecteur, à tout ce qui concerne les habitudes, les mœurs, les superstitions, les croyances, la religion, l'instruction publique, la science, les arts, l'industrie, l'organisation administrative et militaire d'un pays avec lequel nos relations sont actuellement un peu tendues.

Nous ne saurions suivre M. Piassetsky dans la longue route qu'il a parcourue, dans la description animée qu'il fait des villes, des villages, des pays qu'il a traversés, dans les épisodes nombreux et variés qu'il raconte ; nous nous bornerons, pour donner une idée du charme et de l'intérêt de son livre, à mentionner quelques chapitres, à citer quelques passages.

A Shang-Haï, en visitant la ville chinoise, notre voyageur assiste à une consultation donnée par un médecin indigène : « Je m'arrêtai, dit-il, devant un confrère, Esculape indigène assis sur une chaise pliante à l'ombre d'un parasol carré, en forme de tente ; tous ses remèdes étaient étalés là, devant lui, sur une petite table : racines, herboristerie, crânes d'animaux ; il y avait un crâne de tigre, un squelette de singe, des écorces de fruits, des peaux de hérisson, de vipère et de crocodile, des cornes de chevreuil, des chauves-souris desséchées, des pattes d'ours, etc. Comme instruments de chirurgie, il n'y avait que des aiguilles et des ventouses de bois. « Un malheureux, malade et maigre, vint demander en notre présence une consultation ; j'observai attentivement le charlatan, avec d'autant plus de plaisir que celui-ci ne se doutait guère qu'un vrai médecin le regardait. D'un air important, il tâta le pouls et fit une grimace significative ; puis, prenant une de ses aiguilles, il la lui enfonça dans le dos, au-dessous de l'omoplate, en la laissant dans cette position. Le malheureux cherchait à supporter sa souffrance, dans l'espoir de la guérison. »

On peut à la rigueur, sans aller en Chine, trouver des charlatans et des naïfs de cette force.

C'est grâce à l'ignorance du public, dit ailleurs M. Piassetsky, que les médecins chinois, vrais charlatans, peuvent exister et réussir dans leurs affaires. Les honoraires qu'ils réclament s'éloignent peu des nôtres : le prix d'une visite, ou « argent pour le cocher », comme ils disent, est de 40 centimes à 2 francs ; le plus haut prix est de 8 francs.

Un peu plus loin, l'auteur décrit une rue de Han-Kéou. « En Chine, dit-il, la rue est un club avec sa réunion perpétuelle du matin au soir et du soir au matin. On y traite ses affaires, on y travaille, on y mange et l'on y boit ; soucis journaliers et réjouissances, tout se passe dehors, en pleine rue. » Et il énumère les travailleurs qui remplissent la voie publique, porteurs, marchands ambulants, ouvriers, barbiers rasant en pleine rue, nettoyeurs d'yeux et d'oreilles, serruriers, raccommodeurs de vaisselle, mendiants, etc., auxquels il faut joindre les chiens « malheureux membres de la police sanitaire », et les cochons chinois noirs, qui contribuent avec les chiens à la désinfection des villes.

Dans cette même ville de Han-Kéou, M. Piassetsky a pu étudier la manière dont les Chinoises se déforment les pieds, et les progrès croissants de cette déformation ; mais il ne nous a rien appris que nous ne sachions déjà par la relation, que tout le monde connaît, de la femme d'un de nos excellents collaborateurs.

Au point de vue architectural, on ne trouve pas, dans les villes chinoises, de beaux et grands édifices faisant l'ornement des voies ou des places publiques ; les monuments du plus haut style se cachent derrière les murs ou au fond des cours ; ce sont les pagodes et des établissements particuliers, bourses ou clubs des sociétés de négociants. L'auteur en décrit et en représente plusieurs par la gravure

Veut-on un spécimen du style épistolaire usité en Chine ? Voici la réponse d'un haut fonctionnaire auquel les voyageurs russes avaient demandé une entrevue :

« Je suis très content que les très chers hôtes du grand empire russe aient l'intention d'éclairer d'un rayonnement ma misérable cabane, et je les attendrai aujourd'hui, 23e jour de la 11e lune, à trois heures de l'après-midi.

« *Signé* : Votre frère cadet, imbécile, DAO-TAÏ. »

Frère cadet et imbécile équivant à notre « dévoué serviteur ».

A Lao-Ho-Kéou, les habitants, ayant appris que le voyageur russe était médecin, l'assaillent de demandes de consultations, et, comme il ne peut répondre à tous, ils finissent par lui lancer des pierres sur le bateau qui lui servait de moyen de transport et de logement.

Nous voici à Han-Tchong-Fou, où les voyageurs sont reçus par deux Chinois chrétiens et où un séjour de deux on trois semaines leur permet de visiter en détail les monuments re-

ligieux, certains établissements industriels ou artistiques et une école publique. M. Piassetsky peut nous donner ainsi une idée de l'instruction primaire.

« En Chine, dit-il, il n'y a point d'année scolaire, pas de vacances non plus ; l'école reste constamment ouverte du lever du soleil jusqu'à dix heures du matin, puis les enfants s'en vont déjeuner ; ils rentrent vers midi et travaillent jusqu'à cinq heures. En été, il n'y a pas de classe dans l'après-midi ; par contre, les enfants en apprentissage vont à l'école du soir.

« Un enfant entre à l'école, le maître lui explique les premiers hiéroglyphes, et le petit répète les mots à haute voix, jusqu'à ce qu'il les connaisse d'abord sur son livre, puis par cœur, et ainsi de suite. Les livres d'étude sont les mêmes pour tout l'empire. Depuis qu'un des élèves de Confucius a composé le livre qui sert de manuel pour l'instruction primaire, tout Chinois lettré a passé plusieurs années de son enfance à se balancer devant cet ouvrage. Ainsi donc, dans une école, chacun *crie* sa leçon ; le maître, attentif, écoute la lecture de l'un ou de l'autre et corrige ceux qui prononcent mal.

« L'écolier qui sait sa leçon vient trouver le maître, fait plusieurs révérences *(tzo–i)*, pose son livre sur la table, lui tourne le dos et commence à réciter ce qu'il a étudié. On lui donne alors à apprendre d'autres versets jusqu'à ce qu'il ait appris les 178 vers contenus dans le *San–Tzi–Tzyn ;* après quoi il passe au second manuel, *Sy–Schou*, ou les quatre livres classiques, puis au *Tzynn*, ou les cinq livres sacrés ; l'instruction générale est alors terminée. »

Nous n'avons encore rien dit de la Mongolie ; les lignes suivantes permettent d'apprécier le degré de civilisation de ce pays :

« Les Mongols, écrit M. Piassetsky, n'enterrent jamais leurs morts, mais les portent hors la ville et les déposent dans un endroit quelconque. Les chiens qui, même à cause de cela, sont si nombreux, ne tardent pas à accourir et commencent à ronger le cadavre ; s'ils ne parviennent pas à le finir dans l'espace de trois jours, un grand chagrin s'empare de la famille du défunt, qui avait sans doute mécontenté les dieux, et l'on fait des prières pour la rémission de ses péchés. La prière est toujours exaucée, car les chiens reviennent achever leur proie. »

La partie purement anecdotique du livre de M. Piassetsky est d'une lecture extrêmement attrayante. Les aventures de voyage, les accidents, les épisodes de tous genres, tristes ou gais, tragiques ou comiques, abondent et, partout où l'auteur nous conduit, dans les villes immenses et si peuplées de la Chine comme dans les déserts de la Mongolie, on le suit partout avec le plus vif intérêt.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Notre dernier numéro était sous presse quand nous avons appris la mort de M. le docteur Edouard Carrière, ancien médecin du comte de Chambord. Bien que nous n'ayons pas eu l'avantage de connaître personnellement cet honorable confrère, nous ne devons pas oublier qu'il a appartenu à la rédaction de la Gazette médicale, et qu'à ce titre nous devons ici à sa mémoire le tribut de tous nos regrets. Dans les feuilletons qu'il a donnés à la Gazette médicale comme dans plusieurs autres publications ayant trait surtout à l'hygiène publique et à la climatologie médicale, M. Carrière s'est montré médecin instruit, écrivain distingué.

— La liste, déjà longue, des glorieuses victimes de notre profession ne cesse de s'accroître : un interne des hôpitaux, M. Gustave Rivet, vient de succomber à l'âge de 27 ans, aux suites d'une angine diphthéritique contractée dans son service à l'hôpital de la Charité. Donnons à sa mémoire un sympathique et pieux souvenir.

***

Choléra. — Le choléra n'a pas encore disparu de l'Egypte. On aurait constaté à Alexandrie, dans la journée du 7 décembre dernier, sept cas et un décès. D'après une dépêche du 11, le fléau aurait éclaté à Siout (Haute-Egypte) et dans les villages voisins.

***

Faculté de médecine de Paris. — Sont autorisés à se faire suppléer : M. le professeur Bouchardat, par M. Proust, agrégé ; — M. le professeur Gosselin, par M. Terrillon, agrégé ; — M. le professeur Duplay, par M. Tillaux, agrégé ; — M. le professeur Richet, par M. Humbert, agrégé.

***

Faculté de médecine de Lyon. — M. Charpy est maintenu dans ses fonctions d'agrégé d'anatomie et de physiologie. — Sont chargés des cours auxiliaires : de chimie analytique, M. Linossier, agrégé ; — de pathologie interne, M. Rouveret, agrégé.

— M. Pierret, professeur d'anatomie pathologique, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies mentales.

***

Collège de France. — Sont autorisés à se faire remplacer : M. Brown-Séquard, par M. d'Arsonval ; — M. Marey, par M. François-Franck.

***

Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur Moreau est nommé suppléant des chaires de pathologie et clinique internes. — M. le docteur Caussarel est chargé, pour dix ans, du cours complémentaire de chirurgie des maladies des enfants.

***

Société d'anthropologie de Paris. *Bureau pour l'année 1884.* — Président, M. Hamy. — 1er vice-président, M. Dureau. — 2e vice-président, M. Letourneau. — Secrétaire général, M. Topinard. — Secrétaire général adjoint, M. Girard de Rialle. — Secrétaires annuels, MM. Prat, Issaurat. — Conservateur des collections, M. Collineau. — Archiviste, M. Vinson. — Trésorier, M. Leguay.

Commission de publication : MM. de Quatrefages, Mathias Duval, Thulié.

***

Ecoles supérieures de pharmacie. — Par arrêté ministériel, en date du 28 novembre 1883, un concours sera ouvert à Paris, le 2 juin 1884, pour quatre places d'agrégés de pharmacie, à répartir de la manière suivante, entre les Ecoles supérieures de pharmacie ci-après désignées :

Paris. — Une place (histoire naturelle).
Montpellier. — Deux places (histoire naturelle ; pharmacie).
Nancy. — Une place (histoire naturelle).

Les candidats s'inscrivent chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Ecole supérieure. Ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places et pour plusieurs établissements.

— Le Congrès national de la Bolivie, voulant rendre un dernier et solennel hommage à la mémoire de notre regretté confrère le docteur Jules Crevaux, vient de décréter que :

« 1o Au point appelé Teyo, lieu où furent massacrés l'illustre Français, docteur Jules Crevaux, et tous ses compagnons, explorateurs du rio Pilcomayo, serait élevée une colonne de douze mètres de hauteur, au sommet de laquelle serait placée une statue tournée vers l'orient, et dont chacune des faces porterait gravés les noms de ceux qui ont péri sous les coup des Tobas;

« 2o Qu'au même endroit serait fondée une colonie, laquelle porterait le nom de « Colonie Crevaux ».

***

ERRATUM. — Page 586, ligne 10, au lieu de *contrôle de l'analyse*, lisez, dans le précédent numéro : *contrôle de l'autopsie*.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 38 AU JEUDI 6 DÉCEMBRE 1883.

Fièvre typhoïde 34. — Variole 2. — Rougeole 18. — Scarlatine 1. — Coqueluche 8. — Dipthérie, croup 50. — Dysentérie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 52. — Phthisie pulmonaire 172. — Autres tuberculoses 10. — Autres affections générales 52 — Malformation et débilité des âges extrêmes 75. — Bronchite aiguë 47. — Pneumonie 63. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 41, — au sein et mixte 26. — Inconnu 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 102. — de l'appareil circulatoire 72. — de l'appareil respiratoire 73. — de l'appareil digestif 53 — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 2. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 1025 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE, par le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, etc. Tome troisième et dernier, deuxième et troisième fascicules. — TRAITEMENT DES MALADIES GÉNÉRALES ET DES FIÈVRES, 1 volume de 500 pages avec deux planches. — Prix : 10 fr. — Cet ouvrage est maintenant complet; il forme 3 volumes in-8 de 800 pages chacun, avec figures dans le texte et 6 planches chromolithographiées hors texte. — Prix des trois volumes : 48 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

LA LONGÉVITÉ ET LES MOYENS DE L'ACQUÉRIR, par Joseph-G. Richardson, professeur d'hygiène à l'université de Pensylvanie, traduit de l'anglais par P. Barrué. Un beau volume in-18 de 180 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie Asselin, place de l'Ecole-de-Médecine.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE UNIVERSELLE DES SCIENCES MÉDICALES, avec INDEX ALPHABÉTIQUE ANNUEL indiquant les matières contenues dans les journaux spéciaux et les ouvrages publiés en toutes langues et dans tous les pays, classés d'après l'ordre méthodique des sujets traités, suivi d'une TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS, publication mensuelle dirigée par le docteur comte Meyners d'Estrey.

L'objet de cette Revue est de mettre le praticien et l'auteur à même de retrouver immédiatement les sources à consulter pour un sujet quelconque.

La REVUE BIBLIOGRAPHIQUE formera tous les ans un fort volume grand in-8 d'au moins 600 pages. — Prix de l'abonnement : 30 fr. par an. — Pour s'abonner, il suffit d'écrire à M. Ch. Grémiaux, secrétaire général, place Saint-Michel, 6, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

54e année. 6e série. Tome V. N° 51 22 DÉCEMBRE 1883

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE** ;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN** ;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 20 décembre 1883.

RAPPORT DE M. LE DOCTEUR MAHÉ SUR L'ORIGINE DE LA DERNIÈRE ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA EN EGYPTE.

Pendant que la mission Pasteur poursuivait à Alexandrie ses recherches anatomo-pathologiques sur le choléra, M. le docteur Mahé, médecin sanitaire à Constantinople, partait pour l'Egypte, chargé d'un mandat spécial par le gouvernement français, et se livrait à une enquête sur l'origine du fléau. Le ministre du commerce vient de publier le remarquable rapport de notre savant confrère. On en connaît déjà les données principales par la dernière communication de M. Fauvel à l'Académie de médecine; mais il ne sera pas inutile de revenir sur certains points et de les signaler plus particulièrement à l'attention publique.

En arrivant à Alexandrie, M. Mahé se met en rapport avec les principaux délégués européens au Conseil sanitaire maritime et quarantenaire. L'opinion prédominante parmi les médecins délégués au Conseil est acquise à l'importation du choléra à Damiette. Quelques-uns cependant, et de ce nombre sont les docteurs Hassan-Pacha, président du Conseil, Chaffey-Bey et Ferrari, médecins de l'administration quarantenaire, admettent plutôt l'origine spontanée de l'épidémie. Et à ce propos une théorie des plus bizarres a été édifiée : « Le typhus bovin, qui avait désolé l'Egypte depuis près d'un an (il faut noter que le typhus bovin y est endémo-épidémique depuis plus de vingt-deux années), aurait été le point de départ d'une épidémie de typhus humain, lequel à son tour aurait engendré une sorte de mélange ou de monstruosité pathologique appelée *affection cholêroïde*, produit mâtiné, mi-typhus, mi-choléra. »

Au Caire, cette conception singulière d'une maladie hybride a trouvé peu de crédit, et l'opinion à peu près unanime des médecins faisant partie du Conseil de santé et d'hygiène publique de cette ville est favorable à l'importation du fléau. La divergence de vues entre certains membres du Conseil d'Alexandrie et le Conseil du Caire semble tenir d'ailleurs à des questions de partis ou de personnes tout autant, sinon plus, qu'à des raisons d'ordre vraiment médical ou scientifique.

Après s'être ainsi rendu compte de l'état de la question, M. Mahé procède à son enquête personnelle. Il quitte le Caire, visite successivement Ismaïlia, Suez, Port-Saïd, Damiette, Mansourah et revient à Alexandrie; à chacune de ces stations, il étudie les lieux, recueille des faits, observe la manière dont les mesures de police sanitaire sont appliquées et contrôlées, et réunit une foule de documents dont il lui est facile ensuite de tirer des inductions et des enseignements du plus haut intérêt pour la solution du problème de prophylaxie internationale contre le fléau indien.

Ismaïlia a reçu par trois fois la visite du choléra. Une première fois la maladie est importée par un cordon sanitaire de troupes indigènes provenant de Mansourah ; une seconde fois par des fuyards de Mansourah, de Zagazig et d'autres lieux ; la dernière fois par des troupes anglaises fuyant l'épidémie du Caire.

« A ce sujet, habitants et médecins d'Ismaïlia, tous, écrit M. Mahé, s'accordent à rejeter une lourde responsabilité sur les officiers anglais qui ont imprudemment contaminé la ville, alors indemne, en disséminant les soldats à côté des habitations, en face des principales maisons, dans les rues, sur les promenades publiques, sur les bords du canal d'eau douce, dans lequel ceux-ci ont été vus jetant les déjections des malades qu'on répandait aussi dans les rues, sur les promenades d'Ismaïlia. Cependant, sur les réclamations réitérées des habitants, les troupes anglaises s'en allèrent occuper le palais khédivial d'Ismaïlia, qu'elles ont récemment évacué en le laissant en état de contamination. Plus d'une fois, ainsi que plusieurs habitants me l'ont affirmé, on vit les soldats anglais enterrer leurs morts cholériques presque à fleur de terre dans les sables qui avoisinent les tuyaux conduisant l'eau à Port-Saïd. Le détachement anglais perdit, durant une courte période de séjour à Ismaïlia, au moins 28 hommes, dont 25 du choléra. Il fut remarqué que les premiers habitants contaminés par les Anglais furent des Arabes et notamment des enfants quiétaient allés vendre aux troupes des fruits et de menus objets. »

A Suez, des faits et des témoignages nombreux démontrent à M. Mahé que l'observance des mesures d'isolement et de quarantaine est loin d'être rigoureuse et que, soit avant, soit après l'entrée dans le canal maritime, il est possible de communiquer avec les navires séquestrés. Les agents de la police sanitaire chargés de visiter au loin les navires et de décider de leur sort n'offrent pas des garanties suffisantes de capacité et de moralité. La conclusion de M. Mahé est donc que des réformes urgentes doivent intervenir dans l'organisation du service sanitaire destiné à protéger l'Egypte contre les provenances suspectes ou contaminées des Indes.

Nous voici à Port-Saïd. La surveillance et l'intégrité des

agents de l'administration sanitaire sont les mêmes qu'à Suez. « Il se fait des communications inévitables entre les navires en transit et quarantaine et les abords du canal par le fait des échanges, des mouillages, des garages, etc. La nuit, les navires au mouillage peuvent facilement communiquer avec les nomades du désert. On a souvent vu se promener, le soir, à Port-Saïd, les capitaines des bâtiments en quarantaine. »

Les chauffeurs et les charbonniers sembleraient concourir tout spécialement à ces communications entre les navires en quarantaine et la population riveraine. Engagés pour la durée de la campagne du navire, « ils ne figurent jamais sur le rôle d'équipage ni sur les papiers du bord, à ce point qu'il est impossible de contrôler leur nombre, leur situation, leur débarquement, leur disparition ou leur mort. » Si, à cette impossibilité de contrôle on ajoute la complicité trop facile des gardes de santé et l'habitude qu'ont les capitaines de débarquer les chauffeurs avant d'arriver à Port-Saïd, juste au point où se trouvent les barques qui font le passage entre le canal et Damiette, on peut juger de la fréquence des contraventions et du danger qui en résulte. C'est ainsi que le chauffeur Mohammed-Khalifa, dont on a tant parlé, et dont les adversaires de l'importation ont embrouillé à dessein l'histoire, a pu débarquer à Port-Saïd d'un navire suspect venant de Bombay et se rendre à Damiette, où, d'après l'enquête de M. Mahé, il aurait été vu avant l'explosion du choléra dans cette ville.

Mais Mohammed-Khalifa n'est pas le seul individu qui ait pu importer le choléra à Damiette. Une foire-pélerinage, qui a duré du 13 au 20 juin, avait attiré dans cette ville environ 2,500 personnes, parmi lesquelles, outre des chauffeurs, charbonniers et autres ouvriers ou marchands venus de Port-Saïd, on a noté nombre d'étrangers, tels que Syriens, Afghans, Boukharalis, etc. « Il a été établi que les Indiens vendaient des étoffes, des objets divers, des marchandises provenant de l'Inde, et que deux marchands de la Mecque se livraient aussi à ce commerce. » Or le premier décès cholérique a été constaté le 21 juin.

M. Mahé relève en passant les inexactitudes du rapport de MM. Chaffey-Bey et Ferrari, réfute par des arguments des plus puissants l'hypothèse d'après laquelle l'épidémie de 1883 ne serait qu'une revivification de celle de 1865, et conclut que le choléra a été importé à Damiette par des personnes ou par des marchandises provenant du canal maritime et probablement de l'Inde.

On sait qu'on avait établi un cordon sanitaire autour de Damiette. Cette mesure a été prise trop tard : le choléra avait gagné déjà plusieurs autres localités, ce qui s'explique, ajoute M. Mahé, par les relations rapides et considérables qui mettent Damiette en rapport avec les environs. C'est ainsi que la maladie a été transportée de Damiette à Mansourah, dernière ville visitée par notre savant confrère. Le premier cas, ou l'un des premiers cas qui y a été observé est celui d'un soldat infirmier qui venait de Damiette où il avait aidé à l'autopsie d'un cholérique.

M. Mahé reconnaît « l'utilité, au moins partielle, des cordons sanitaires, tels qu'ils ont été institués dans certaines localités, comme à Port-Saïd, à Ismaïlia, etc., où ils ont eu pour résultat d'empêcher l'immigration en masse des villes encore indemnes ou à peu près. »

Le rapport de M. Mahé serait resté incomplet s'il n'eût indiqué les réformes propres à assurer un meilleur fonctionnement des services sanitaires en Egypte. Voici comment il résume lui-même les principales modifications qu'il propose :

« 1° Réorganisation du Conseil sanitaire d'Alexandrie, de manière à obtenir son indépendance du gouvernement égyptien aussi complète que possible, son fonctionnement réel et efficace, en un mot son *internationalité;*

« 2° Réorganisation du système actuel de police sanitaire du canal maritime, en imprimant au service si important de ce poste un caractère exclusivement international et indépendant du gouvernement local ; le personnel de ce service serait exclusivement européen ; il relèverait d'un médecin-inspecteur qui dépendrait lui-même du Conseil d'Alexandrie, tout en ayant le pouvoir de trancher d'urgence toutes les questions et toutes les difficultés imprévues ;

« 3° Promulgation d'un code pénal sanitaire approuvé par les consuls généraux des puissances représentées en Egypte, et dont l'application serait conférée à une commission mixte composée des consuls et des hauts employés de l'administration sanitaire du canal ;

« 4° Etablissement d'un très vaste lazaret dans la mer Rouge, à proximité de Suez, à Djebel-Tor, lazaret exclusivement destiné au service quarantenaire des navires ordinaires, à l'exclusion des navires à pèlerins du Hedjaz, qui feraient quarantaine à El-Widj ;

« 5° Enfin, revision du tarif des droits sanitaires à percevoir dans les ports égyptiens, sur la base par exemple des taxes qui sont appliquées dans les ports de Turquie actuellement, de manière à proportionner les ressources financières aux besoins du service. »

Dr F. DE RANSE.

PHYSIOLOGIE

NOTE SUR LA FORME DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE RÉFLEXE, par M. BEAUNIS, professeur de physiologie à la Faculté de Nancy.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Les faits que je viens de décrire ont été à peu près méconnus par les physiologistes. Comme il est souvent difficile d'obtenir sur des grenouilles normales des contractions réflexes par l'excitation des nerfs sensitifs, on a presque toujours employé, pour augmenter l'intensité des réflexes, des grenouilles empoisonnées par la strychnine. Or cette substance modifie notablement la forme du tétanos réflexe et lui imprime les caractères du tétanos direct.

Les *excitations mécaniques*, isolées ou intermittentes, appliquées sur les nerfs sensitifs, déterminent très difficilement des contractions névro-réflexes, et cela même chez des grenouilles empoisonnées par la strychnine. Les contractions, quand on les obtient, présentent du reste la même forme qu'avec les excitations électriques.

Pour la *contraction périphéro-réflexe*, j'étudierai d'abord la contraction réflexe produite par les excitations cutanées.

Quand on emploie pour l'excitation de la peau des électrodes sèches, métalliques, c'est avec la plus grande difficulté qu'on obtient une contraction réflexe par les excitations électriques, soit isolées, soit intermittentes, même quand on augmente la fréquence et, dans de certaines limites, l'intensité des excitations. Et cependant ces mêmes excitations, qui sont inefficaces

quand on les applique snr la pean, déterminent une contraction névro-réflexe qnand on les applique sur le nerf sensitif.

Quand on augmente notablement l'intensité dn courant, les contractions réflexes se produisent plns facilement ; mais alors on a affaire à des excitations douloureuses et d'ailleurs, en forçant outre mesure cette intensité, l'excitation électrique peut atteindre par diffusion les nerfs eux-mêmes, et alors ce ne sont plus les effets de l'excitation électrique de la pean qu'on obtient.

En employant, au lieu d'électrodes sèches, des électrodes humides, on a plus facilement la contraction réflexe, mais elle est toujours plus difficile à obtenir que par l'excitation électrique du nerf sensitif. Elle a du reste la même forme qne cette dernière.

Les *excitations mécaniques* appliquées sur la pean produisent plus facilement, d'une façon générale, les contractions réflexes qne les excitations électriques. Mais, à ce point de vue, il faut faire la part du mode d'excitation qui a une très grande influence. Il faut distinguer d'abord les excitations tactiles simples des excitations douloureuses.

Le *contact simple* avec un stylet mousse détermine quelqnefois des contractions réflexes sous forme de secousses simples ou multiples ; mais il arrive très souvent qu'il n'y a pas de contraction. Les *contacts répétés* produisent beaucoup plus sûrement les contractions réflexes ; mais là encore il faut distinguer la façon dont se fait la répétition des excitations. Les frottements ou les contacts répétés *irrégulièrement* ont le plus d'efficacité. On a alors des secousses réflexes simples ou multiples qui ne prennent jamais la forme tétanique. Ces secousses se montrent ordinairement assez longetmps après le début de l'excitation et souvent même après la cessation de l'excitation. Ces contractions peuvent encore se produire quand on espace les excitations, ainsi quand on met deux à cinq secondes d'intervalle entre chaque excitation. La contraction a souvent alors la forme d'une secousse allongée ressemblant un peu à la contraction des muscles lisses.

J'ai essayé l'action des *excitations mécaniques parfaitement intermittentes* en disposant une sorte de petit appareil tétano-moteur agis[illegible] par percussion et pouvant donner des chocs de fréquence [illegible]riable. Ce mode d'excitation a été inefficace, tandis que c[illegible] les mêmes animaux le simple frottement de la peau av[illegible] un stylet mousse déterminait des contractions réflexes.

Les *excitations douloureuses* produisent facilement, comme on sait, des contractions réflexes. C'est ainsi qu'agissent le pincement de la peau, les piqûres, les sections, la pression entre les mors d'une pince. On a alors, suivant les cas, tantôt des secousses plus ou moins allongées, tantôt des secousses violentes, multiples, mais qui, dans tous les cas, se fusionnent difficilement et n'arrivent jamais au tétanos complet, régulier.

Avec les *excitations chimiques* de la peau, les secousses réflexes ont la même forme, mais elles ont plus de tendance à se fusionner qu'avec les excitations mécaniques ou électriques ; elles peuvent même arriver parfois à un tétanos presque complet, mais qui n'a jamais la régularité du tétanos direct.

Il m'a paru intéressant de comparer les effets des *excitations viscérales* à ceux des excitations cutanées. Mes expériences ont porté sur le poumon, le cœur, l'estomac et l'intestin; dans tous les cas, c'était la paroi externe des viscères qui était excitée. J'ai employé dn reste les mêmes procédés d'excitation qne pour la pean.

Avec le poumon, je n'ai pn obtenir aucune contraction tant avec les courants induits qn'avec les excitations mécaniques. Le cœur et l'estomac, an contraire, ont tonjours réagi très facilement, plns facilement même qne la pean. Avec l'intestin, les contractions étaient plus faibles. Contrairement à ce que j'ai observé pour la pean, les percussions intermittentes déterminaient facilement des contractions réflexes. Dn reste ces contractions réflexes présentaient les mêmes formes, les mêmes caractères qne les contractions réflexes déterminées par les excitations de la pean ; mêmes secousses irrégulières, mal fusionnées on fusionnées en un tétanos incomplet. La forme tétanique se montrait plus facilement avec les excitation mécaniques qn'avec les excitations électriqnes.

(A suivre.)

PATHOLOGIE MÉDICALE

DES KYSTES HYDATIQES DU FOIE OUVERTS DANS L'ESTOMAC, PRINCIPALEMENT AU POINT DE VUE DU PRONOSTIC, par le docteur LIANDIER.

Suite. — Voir les numéros 49 et 50.

Mais voici nn autre cas suivi de mort que nous ne pouvons ranger dans le nécrologe des perforations stomacales :

OBS. VI. — Russel (de Birmingham). (MED. TIMES AND GAZ., avril 1873.)

Homme de trente-six ans, souffrant depuis cinq mois, ayant de la fièvre, du délire, de la diarrhée. Quinze jours avant sa mort vive douleur dans les deux côtés de la poitrine. Huit jours après, il commença à tousser d'une manière incessante, et sa toux était suivie d'une expectoration abondante de mucosités bilieuses et fétides.

A l'autopsie, kyste de la grosseur d'une tête d'enfant ouvert dans la plèvre droite, laquelle renferme deux litres de liquide comprimant le poumon.

Autre kyste, gros comme une orange, rempli de liquide muqueux teinté de bile, quoiqu'on n'ait pas trouvé de communication avec les conduits biliaires. Ce second kyste est ouvert dans le poumon gauche et dans l'estomac. Nombreuses hydatides affaissées dans le poumon, l'estomac et le duodénum ; quelques-unes dans l'iléon.

Chez ce sujet, nous trouvons deux kystes : l'un s'est ouvert dans l'estomac, il est vrai, mais en même temps il s'est rompu dans le poumon gauche, juste an moment où l'antre s'ouvrait dans la plèvre droite, y déterminant un épanchement abondant. Le malade a succombé à des accidents thoraciques. La mort ne s'explique-t-elle pas suffisamment par la lésion grave et *bilatérale* des organes essentiels de la respiration? Mais ne croyons pas que la lésion de l'estomac ait ici beaucoup contribué à la mort.

En opposition avec ces cas, nous pouvons en citer neuf où l'onverture de la poche, loin d'être suivie de mort, aboutit soit à une guérison parfaite, soit à une grande amélioration.

OBS. VII (personnelle). — Joséphine P..., blanchisseuse, âgée de vingt-trois ans, entre le 2 mai 1881 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Anne, no 13, service de M. Blachez.

Père et mère bien portants.

Maladies antérieures : fièvre typhoïde à l'âge de trois ans.

A l'âge de dix ans, l'enfant s'aperçut qu'elle avait dans la région

épigastrique deux tumeurs occupant les deux côtés de la ligne médiane ; ces tumeurs, du volume d'un œuf, avaient une consistance dure que P... compare à celle d'un œuf revêtu de sa coquille; elles étaient, surtout par les mauvais temps, le siège de douleurs lancinantes ; la pression était aussi douloureuse à leur niveau. Elles restèrent stationnaires jusqu'à l'apparition des règles, qui se montrèrent à l'âge de quinze ans : à partir de ce moment, elles diminuèrent à chaque époque menstruelle, et en 1876 elles avaient à peu près la grosseur de deux noix ordinaires. Survint alors une grossesse qui fut peu pénible, à part des crampes d'estomac fort douloureuses, auxquelles P... avait du reste toujours été sujette. Les tumeurs n'étaient alors nullement douloureuses. Après l'accouchement survinrent quatre abcès du sein gauche, et l'allaitement, qui dura quinze mois, dut se faire exclusivement avec le sein droit. Au mois de juin 1880, nouvelle grossesse ; les tumeurs, stationnaires depuis l accouchement, étaient redevenues aussi douloureuses que par le passé. Au bout de trois mois de grossesse survinrent des vomissements incoercibles qui durèrent jusqu'à l'accouchement. En même temps, les tumeurs devenaient si douloureuses tant à la pression que spontanément que la malade ne put sortir de son lit pendant les six derniers mois de la gestation. Du reste, elles ne changèrent pas d'aspect, et il ne paraît pas y avoir eu de fièvre. Cette affection fut traitée par l'application de cataplasmes et d'onguent mercuriel. Dans les derniers temps de la grossesse, P... vomit quelques petites boules blanches. L'accouchement eut lieu à terme le 7 mars 1881 et nécessita l'emploi du forceps. L'enfant vécut trois semaines.

Le jour de l'accouchement, la malade, prise de violents efforts de vomissements, éprouva dans la poitrine une douleur très vive et vomit de petites boules d'un jaune clair, présentant un point blanc au centre. Les mêmes productions se retrouvèrent dans les selles. Quelques jours après survinrent des vomissements très abondants de pus d'une odeur infecte, d'une teinte un peu jaune, mêlé de bile et de pellicules blanches semblables à du blanc d'œuf cuit. Alors les tumeurs disparurent. Ces vomissements persistèrent six semaines. A partir du moment de leur apparition, les boules ne se montrèrent plus dans les matières vomies ni dans les garde-robes. Les pellicules, au dire de la malade, auraient aussi quelquefois été rendues par expectoration.

Les douleurs étaient vives; jusqu'alors il n'y avait pas eu d'ictère, lorsque le 1er mai la malade en se levant s'aperçut qu'elle était jaune ; le lendemain, elle entrait à l'hôpital.

ÉTAT ACTUEL. — La malade est très amaigrie, d'une teinte jaune très prononcée.

Elle se plaint de douleurs très vives revenant par crises assez fréquentes et lui faisant éprouver une sensation de torsion intra-abdominale.

Elle ne tousse pas, ne crache pas, n'a pas de point de côté ; la douleur siège surtout dans l'hypochondre gauche ; la malade la qualifie de crampes d'estomac. Constipation. Les règles ne sont pas revenues.

L'abdomen est volumineux, saillant. On reconnaît que le foie s'étend depuis la sixième côte jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il est très douloureux à la pression. Rate impossible à délimiter. Le cœur ne présente rien de particulier à l'auscultation, le poumon non plus ; mais, en arrière, la percussion donne de la matité jusqu'à deux doigts au-dessous de l'angle de l'omoplate droite et trois doigts au-dessous de l'angle de l'omoplate gauche. La zone mate est douloureuse à la pression. Purgatif au sulfate de magnésie.

4 mai. La température axillaire atteint, le matin, 38°,8 ; le soir, 39°,5.

5 mai. Le matin, la température axillaire était de 38°. Le soir, elle monte brusquement à 40°,7 ; la malade éprouve de vives douleurs dans la région hépatique, et le foie est très sensible à la moindre pression. Injection de chlorhydrate de morphine (un quart de seringue) à ce niveau.

6 mai. La température axillaire est tombée à 36°,2 ; le soir, à 36°,4. Les douleurs ont disparu. Vin de quinquina.

8 mai. L'ictère diminue ; la malade reprend des forces et de la gaieté. Le foie est toujours douloureux à la pression.

29 mai. Le foie, toujours douloureux à la pression, l'est aujourd'hui un peu spontanément. Il mesure verticalement 22 centimètres. Pas d'ictère, ni de vomissements. Appétit, gaieté.

6 juin. La malade est très améliorée ; bien que la région hépatique soit encore sensible à la pression, elle ne souffre plus.

15 juin. Départ pour le Vésinet.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE

LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE STRASBOURG. — LE PANSEMENT AU SUCRE, par M. PAUL BERTHOD.

Les divers instituts dont l'ensemble forme la Faculté de médecine de Strasbourg se trouvent réunis à côté de l'hôpital civil, non loin de l'ancienne université, immédiatement en arrière du rempart, dont ils remplissent l'un des bastions. De ces différents instituts, les uns ne sont point encore complètement achevés : ainsi le bâtiment de la clinique gynécologique, celui de la clinique des maladies mentales ; d'autres sont terminés et en plein fonctionnement : l'institut anatomique et la clinique chirurgicale, par exemple.

La clinique chirurgicale, construite tout entière sous l'inspiration, et on pourrait presque dire, sur les plans du professeur Lücke, est constituée par un vaste bâtiment à deux étages en forme d'H, avec façade du côté du rempart, isolé au milieu d'un jardin et attenant à un pavillon où est logé le professeur. Au centre de l'édifice et en arrière se trouve la salle de cours (hoersaal) et de chaque côté et en bas la polyclinique ou salle de consultations avec de petites chambres d'isolement, le tout surmonté de salles pour les malades, salles qui se prolongent de chaque côté dans les ailes du bâtiment.

Les lits, au nombre de 120, reçoivent des malades adultes (hommes et femmes) et des enfants recrutés dans toute l'Alsace-Lorraine et dans les pays d'outre-Rhin jusque vers Heidelberg et Fribourg, grâce au budget alloué à la clinique, budget suffisant pour lui permettre de faire venir à ses frais et de soigner gratuitement les malades intéressants au point de vue de l'enseignement. Grâce à ces dispositions et grâce aussi aux nouveaux modes de pansement qui abrègent singulièrement le séjour des malades à l'hôpital, le service se renouvelle assez fréquemment pour que la clinique soit constamment peuplée de cas intéressants et instructifs.

Les opérations se font dans l'amphithéâtre des cours, hémicycle éclairé par le haut et sur les côtés, où les étudiants se rassemblent chaque matin, — car seuls le chirurgien et ses assistants pénètrent d'ordinaire dans les salles de malades. Une enceinte spéciale est réservée à l'opérateur et à ses aides. Le malade est apporté, interrogé ensuite par un étudiant désigné par le professeur, puis ce dernier, tout en redressant l'élève, fait l'histoire de la maladie et arrive à l'opération.

Le chloroforme est alors donné et versé goutte à goutte, par un mécanisme très simple (1), sur un petit appareil

(1) Un tube métallique, unique à son extrémité inférieure par laquelle il plonge dans le liquide, double à son extrémité supérieure, traverse à frottement dur le bouchon du flacon de chloroforme, de telle sorte qu'en obturant avec le doigt l'une des branches du tube on peut à volonté faire varier la pression atmosphérique et régler ainsi l'écoulement du liquide.

consistant en une compresse écartée du visage du patient par un treillis métallique; tous les instruments ont été au préalable plongés dans une solution antiseptique (liqueur de Van Swieten) dans laquelle les drains et les fils à ligature sont aussi conservés. Le chirurgien et ses aides ont pris eux-mêmes toutes les précautions nécessaires, et l'air de la salle a été purifié par une pulvérisation phéniquée préliminaire. Le professeur procède à l'opération : celle-ci se fait sans pulvérisation, mais le chirurgien a soin de laisser le moins possible inutilement la plaie en contact avec l'air extérieur. A cet effet, pendant les intervalles de repos, un assistant recouvre la plaie avec une éponge imbibée de liqueur de Van Swieten. L'opération terminée, lorsque l'hémostase est faite, la plaie est lavée soit à la liqueur de Van Swieten, soit, et surtout lorsqu'il y a tendance à l'hémorrhagie capillaire, avec la solution de permanganate de potasse. L'on fait alors le pansement.

Celui-ci, remarquable par son ingénieuse simplicité, et auquel le professeur Lüecke attribue la rapidité avec laquelle guérissent ses grands blessés, est fondé sur les propriétés antiseptiques et fermenticides du sucre. « De même, selon les « propres expressions du professeur lui-même, de même que « pour conserver des fruits, substances fermentescibles au « premier degré, nous les mettons dans du sucre et en faisons « des confitures, de même, pour écarter et tuer les microbes « de la plaie, j'emploie la poudre de sucre. »

Le sucre aurait encore, selon lui, la propriété d'absorber non seulement les liquides, mais les gaz de la plaie, au même titre que la poudre de charbon, de supprimer la suppuration et d'enlever toute odeur au pansement en hâtant singulièrement la cicatrisation de la plaie ; nous-même avons pu en voir plusieurs exemples absolument concluants.

Quoi qu'il en soit, et sans nous appesantir davantage sur les idées théoriques et les résultats qui ont engagé le professeur dans cette voie et que nous n'avons pas qualité pour juger ici, nous décrirons seulement la technique du pansement.

La plaie une fois bien lavée, le malade bien essuyé, on applique directement sur les surfaces sanglantes de la gaze antiseptique, qu'on recouvre d'une ou de deux bonnes poignées de poudre de sucre; pour éviter que le pansement ne soit traversé par le sang, on met par-dessus une épaisseur convenable de mousseline antiseptique : le tout est entouré d'un taffetas imperméable et fixé par une bande de gaze. Le pansement ainsi appliqué est changé après quatre ou cinq jours, et ordinairement trois pansements seraient suffisants pour la guérison complète d'une amputation. Le pansement terminé, le patient est réveillé soit par la flagellation avec une compresse mouillée, ou, s'il y a torpeur, par des injections hypodermiques de teinture de musc pratiquées sous la peau du thorax et de l'abdomen, moyen qui nous a paru donner un bon résultat.

En résumé, pendant nos visites à la clinique chirurgicale de Strasbourg, nous avons été frappé de la simplicité et des avantages, au point de vue des résultats, du nouveau mode de pansement; il nous a paru intéressant de les signaler ici, dans la conviction où nous a laissé le professeur Lüecke que le pansement au sucre mérite d'être étudié, expérimenté et pris en sérieuse considération.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Cinquante-sixième réunion des naturalistes et des médecins allemands

tenue à Fribourg du 18 au 23 septembre 1883.

Suite et fin. — Voir les numéros 43, 45, 46, 47, 49 et 50.

SECTION DE PÉDIATRIE.

— *Les voies anatomiques suivies par le virus tuberculeux après sa pénétration dans l'organisme humain*, par C. WEIGERT. — Quand le foyer originel occupe les poumons, le virus tuberculeux peut être mis en contact avec d'autres parties des voies respiratoires à la suite des quintes de toux; c'est ainsi que se développent souvent des ulcérations des bronches, de la trachée du larynx. D'autre part, les crachats chargés du principe infectieux et venant à être avalés développent des ulcérations tuberculeuses à la surface de la muqueuse intestinale avec laquelle ils viennent en contact; c'est ce qu'on observe dans 90 0/0 des autopsies des enfants tuberculeux morts phthisiques. Les séreuses (plèvre, péritoine) sont souvent aussi le siège de lésions tuberculeuses propagées mécaniquement.

La propagation des lésions tuberculeuses peut d'autre part s'opérer par voie de continuité directe, comme il arrive pour les tubercules solitaires de la rate, des reins, du cerveau, de la prostate, pour les foyers caséeux des poumons, des ganglions lymphatiques, de la matrice. Ces foyers peuvent en outre gagner en étendue en se fondant dans une masse commune, comme il arrive souvent chez les enfants. De la sorte, le foyer tuberculeux primitif peut envahir des organes de voisinage, des poumons gagner la plèvre pariétale, le péricarde.

Le virus tuberculeux peut se propager par la voie des lymphatiques pour gagner les ganglions.

Il peut se propager par la voie des vaisseaux sanguins pour développer une infection générale. Si cette généralisation ne se fait pas très souvent chez l'adulte, c'est que le virus tuberculeux développe, dans le voisinage du foyer d'invasion, des lésions inflammatoires ayant pour effet d'oblitérer les vaisseaux. Il se forme ainsi une digue qui s'oppose à la propagation du virus. Peut-être la généralisation de l'infection tuberculeuse est-elle fréquente chez les enfants à cause de la fragilité de leurs vaisseaux.

— *La tuberculose de l'intestin et de l'appareil lymphatique*, par M. BIEDERT. — D'après les recherches de M. Biedert, la tuberculisation des ganglions lymphatiques serait, dans le jeune âge, trois à quatre fois plus fréquente que la tuberculisation de l'intestin; elles démontrent aussi que, conformément aux assertions de Barthez et Rilliet, les lésions tuberculeuses primitives des organes respiratoires sont beaucoup plus fréquentes que les lésions tuberculeuses de l'intestin, ce qui devient surtout manifeste quand on met en parallèle la tuberculisation des ganglions bronchiques et celle des ganglions mésentériques. Bref, l'infection tuberculeuse, chez l'enfant comme chez l'adulte, s'effectuerait le plus ordinairement par la voie de l'air inspiré. La disposition des ganglions lymphatiques à l'infection tuberculeuse se manifeste encore, dans le jeune âge, par la fréquence avec laquelle sont frappés les ganglions superficiels, ceux du cou par exemple. Enfin la tuberculose qui atteint ces organes se caractérise par une bénignité relative, qui doit être inhérente à la nature du tissu envahi.

M. Biedert est d'avis que les dangers d'infection par l'intermédiaire des aliments ingérés sont très faibles. Les sucs digestifs détruisent la virulence des matières tuberculeuses. La cuisson des aliments suspects produit le même résultat. Il paraît douteux que l'ingestion d'un lait provenant d'un animal tuberculeux engendre le carreau, si l'on tient compte de la curabilité de cette affection. D'ailleurs, plusieurs fois dans des cas pareils, M. Biedert a reconnu l'absence des bacilles de Koch dans les selles des petits malades, une fois même dans les ganglions bronchiques et mésentériques.

— *Tuberculose des os et des articulations, considérée au point de vue de l'étiologie et de la localisation des lésions*, par M. SPRENGEL. — Si la nature infectieuse de la tuberculose n'est plus douteuse, le mode d'invasion du principe infectieux dans les cas de lésions tuberculeuses des os et des articulations prête encore à bien des difficultés d'interprétation. L'observation clinique démontre l'existence d'un rapport étiologique certain entre les lésions scrofuleuses de la peau et des organes des sens, et les déterminations osseuses et articulaires de la tuberculose. M. Rupprecht a considéré comme très vraisemblable que la peau et les organes des sens servent de porte d'entrée au virus tuberculeux qui ira ensuite localiser ses ravages dans les os. M. Sprengel se rallie à cette manière de voir, qui gagnera en certitude le jour où la présence des bacilles dans les foyers de lésions tuberculeuses des os, aura été établie d'une façon irrécusable. D'autre part, l'influence occasionnelle du traumatisme sur le développement des lésions tuberculeuses des os et des articulations n'est pas à nier; mais cette influence a certainement été exagérée, si l'on songe que les os et les articulations les plus exposées aux violences, les articulations de la main, par exemple, sont rarement le siège des déterminations tuberculeuses. M. Sprengel accorde une part plus grande à l'influence des maladies infectieuses. Enfin M. Sprengel a dressé le tableau par ordre de fréquence des déterminations osseuses et articulaires de la tuberculose.

— *Des moyens de préservation et de traitement de la tuberculose et de la scrofule chez les enfants*, par M. FOERSTER (de Dresde). — Les prescriptions formulées par M. Foerster n'offrent rien de nouveau qui puisse justifier une mention détaillée.

— *De la tuberculose infiltrée*, par M. BAGINSKI. — L'auteur a été à même d'examiner les poumons d'un assez grand nombre d'enfants qui avaient succombé à des complications tuberculeuses, consécutives à la rougeole. Quel que fût l'aspect macroscopique présenté par les lésions pulmonaires (tuberculose miliaire, pneumonie caséeuse, phtisie ulcéreuse), toujours on y découvrit la présence des bacilles de Koch. Pour M. Baginski, ce n'est pas une raison de confondre, sur le terrain clinique, les différentes formes du processus tuberculeux, d'assimiler la tuberculose miliaire, à foyers bien circonscrits, avec la tuberculose diffuse, infiltrée, de même qu'on ne saurait rattacher, sans plus ample informé, la scrofule à la tuberculose, sous prétexte que les lésions décrites sous ces différents noms reconnaissent une même cause pathogène, le bacille.

E. RICKLIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 décembre 1883. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA PERCEPTION DES DIFFÉRENCES DE CLARTÉ. Note de M. AUG. CHARPENTIER, présentée par M. Vulpian.

Comme conclusion générale, ces expériences démontrent, suivant l'autdur, en ce qui concerne l'appareil visuel, l'inexactitude de la *loi psycho-phgsique;* d'après cela, les discussions dont cette loi a été l'objet, ainsi que les tentatives qui ont été faites pour la rendre acceptable, peuvent être considérées comme superflues. Le problème des rapports qui existent entre l'intensité des excitations et celle des sensations correspondantes est évidemment complexe et ne peut pas être résolu par des formules officielles, mais seulement par une analyse expérimentale précise et étendue.

SUR LE DÉCOLLEMENT EXPÉRIMENTAL DE LA RÉTINE.

Note de M. BOUCHERON, présentée par M. Bouley. *Conclusions.* — 1° L'œil vivant peut recevoir deux, trois, quatre gouttes de liquide en supplément de son contenu normal par extension des membranes d'enveloppe.

2° La rétine peut-être décollée d'avec la choroïde par un exsudat séro-fibrineux liquide provenant de la choroïde sans qu'une lésion préalable de vitréum ait été produite.

3° Un décollement de l'hyaloïde d'avec la rétine peut etre produit par l'exsudat provenant de la choroïde, après que cet exsudat a traversé la rétine.

4° L'exsudat qui se fait au niveau des procès ciliaires et de la zone ciliaire, ne rencontrant pas la rétine (qui fait défaut en ce point), tombe dans le vitréum, s'y coagule et forme des corps flottants blanchâtres, visibles à l'ophthalmoscope.

5° L'exsudat choroïdien qui traverse la rétine peut pénétrer aussi dans le vitréum et s'y coaguler, en formant également des corps flottants visibles à l'ophthalmoscope.

Ainsi l'origine choroïdienne de l'exsudat sous-rétinien (décollement) et l'origine choroïdienne de l'exsudat du corps vitré (corps flottants du vitréum) sont manifestes dans les conditions expérimentales où nous sommes placé.

Ce sont justement là les principaux points en litige dans la pathogénie du décollement de la rétine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 18 décembre 1883. — Distribution des prix de l'année 1882.

Présidence de M. GAVARRET.

M. PROUST, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1882, paie un tribut de regrets à la mémoire de ceux de ses membres que l'Académie a perdus et souhaite la bienvenue aux nouveaux élus.

M. LE PRÉSIDENT proclame les noms des concurrents qui ont obtenu des prix ou des récompenses.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Question proposée : *De l'athérome artériel généralisé et de son influence sur la nutrition des organes.*

Prix : M. le docteur Hippolyte MARTIN, chef du laboratoire de la clinique des maladies des enfants.

Prix : M. le docteur A. POULET, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Question proposée : *Le système lymphatique au point de vue pathologique.*

PRIX FONDÉ PAR Mme BERNARD DE CIVRIEUX. — Question proposée *Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice.*

Prix : MM. L. LANDOUZY, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et G. BALLET, chef de clinique à la même Faculté.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — Question proposée : *Des lochies dans l'état normal et dans les états pathologiques.*

Prix : M. le docteur EUSTACHE, de Lille (Nord).

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — Prix : M. le docteur WILLEMS, médecin principal de l'hôpital civil à Hasselt (Belgique) pour ses travaux *sur l'inoculation de la pleuropneumonie*

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR GODARD. — Prix : 1° M. LELOIR, docteur en médecine à Paris, pour ses *recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse;* 2° MM. FELTZ et E. RITTER, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy, pour leur travail *sur l'urémie expérimentale.*

Mentions honorables : 1° M. le docteur A. BORIUS, pour son ouvrage *sur les maladies du Sénégal.* — 2° M. le docteur Gilbert BALLET, pour ses *recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif, le rein sénile.* etc.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR DESPORTES. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement :

1° 1,000 francs à M. le docteur DUROZIEZ, pour son mémoire *sur la digitale;*

2° 500 francs à M. le docteur CAPMAS, médecin de l'Asile du Vésinet;

3° 500 francs à M. le docteur Ch. LIÉGEOIS, médecin à Bainville-aux-Saules (Vosges).

PRIX FONDÉ PAR Mme VVE HENRI BUIGNET. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Mention honorable à M. le docteur GAUCHER (de Paris).

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ORFILA. — Il n'y a pas eu de concurrents.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD. — L'Académie décerne le prix ainsi qu'il suit :

1o 1000 francs à M. le docteur SANNÉ, pour son *Traité de la diphthérie ;*

2o 1000 francs à M. le docteur Alfred POULET, pour son *Traité des corps étrangers en chirurgie;*

3° 1000 francs à M. le docteur Paul LATTEUX, pour son *Manuel de technique microscopique.*

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR FALRET. — Question proposée : *Des vertiges avec délire.*

Prix : M. le docteur GARNIER (Paul), inspecteur des asiles d'aliénés du département de la Seine.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR SAINT-LAGER. — Il n'y a pas eu de concurrents.

PRIX FONDÉ PAR M. ET Mme SAINT-PAUL. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix. Mais L'Académie accorde un encouragement de 500 francs à M. LELOIR, docteur en médecine à Paris, pour son travail intitulé : *Contribution à l'étude de la structure et du développement des productions pseudo-membraneuses sur les muqueuses et sur la peau.*

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — Question proposée : *Du sevrage et de son étude comqarative dans les différentes régions de la France.*

L'Académie partage le prix entre : MM. les docteurs AUBERT, médecin-major de deuxième. classe au 28e régiment d'infanterie; BEC (Léon), médecin à Mézel (Basses-Alpes).

Médailles d'argent : M. le docteur CARADEC fils, de Brest (Finistère); M. le docteur COUTARET, chirurgien en chef de l'hôpital de Roanne.

Médailles de bronze : M. le docteur DELIGNY (Lucien), de Toul (Meurthe-et-Moselle) ; M. le docteur John LEMOINE ; M. le docteur GAUCHÉ, de Bayonne (Basses-Pyrénées).

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies de 1881 :

1° *Médailles d'or* : M. le docteur PARIS, de Versailles, pour son *Rapport sur les épidémies qui ont régné dans le département de Seine-et-Oise en 1881.*

2° *Rappels de médaille d'or* : M. le docteur LECADRE, du Havre ; M. le docteur PILAT, de Lille.

3° *Médailles d'argent* : MM. les docteurs BÉDOIN, médecin-major de deuxième classe, du service des hôpitaux militaires; COUSTAN, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Constantine ; EUDE, médecin-major de deuxième classe, au 10e bataillon de chasseurs à pied, Saint-Dié (Vosges); FEUVRIER, médecin-major de deuxième classe; GROLLEMUND, de Saint-Dié; GUIBERT, de Saint-Brieuc; HOUZEL, du Montreuil-sur-Mer; LALLEMAND, de Dieppe; LIÉGEOIS, de Bainville-aux-Saules (Vosges); VILLARD, de Guéret.

4° *Rappels de médaille d'argent* : MM. les docteurs DANIEL, de Brest; MANOUVRIEZ, de Valenciennes; MAURICET, de Vannes; MIGNOT, de Chantelle ; PENNETIER, de Rouen ; PERROUD, de Lyon ; REGNIER, médecin en chef de l'hôpital militaire de Batna (Algérie.

5° *Médailles de bronze* : MM. les docteurs AUBERT, médecin-major de deuxième classe au 28e de ligne ; BOUSSEAU, de Liré ; BRODIER, de Bazancourt (Marne) ; FICHOT, de Nevers ; FOUILHOUX, juge de paix à Clermont-Ferrand ; GEBHART, pharmacien à Épinal (Vosges) ; GILS, médecin-major de deuxième classe ; GRANIER, médecin aide-major au 38e régiment d'infanterie, à Bizerte (Tunisie) ; LEBASTARD, médecin aide-major de deuxième classe ; MOTTARD, de Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie) ; POMMAY, médecin en chef de l'hôpital militaire de Teniet-el-Haad.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France, pour l'année 1880 :

1° *Médaille d'or* : M. le docteur TILLOT, médecin-inspecteur des eaux de Luxeuil.

2° *Médailles d'argent* : MM. les docteurs ALLAIRE (Amélie-les-Bains ; BOURGAREL (Pierrefonds); PHILBERT (Brides).

3° *Rappels de médaille d'argent* : MM. les docteurs BILLOUT (Saint-Gervais); BOISSIER (Lamalou).

4° *Médailles de bronze* : MM. les docteurs BONNANS (Ussat); GUBIAN (Lamotte); JOAL (Mont-Dore); MERLE (Bourbon-Lancy); ROMIEU (Digne); ROUCH (Euzet).

5° *Rappels de médaille de bronze* : MM. les docteurs BLOCH (Andabre); PLANCHE (Balaruc).

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS-VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1881. — L'Académie a proposé, et M. le ministre du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de 1500 francs à partager entre* : MM. les docteurs LONGET, médecin-major de première classe au 32e régiment d'artillerie, à Orléans (Loiret) ; MAZAÉ-AZEMA, de l'île de la Réunion ; PETIT (René), médecin de colonisation à Zemmorah (département d'Oran), Algérie.

Rappel d'un prix de 500 francs : Obtenu en 1880 par M. le docteur WEILL (Jacob), médecin-major de première classe au 8e régiment d'artillerie.

2° *Des médailles d'or* : M. le docteur ARTANCE (Clermont-Ferrand) ; Mme BAUDUIN (Rose) sage-femme (Vannes); M. CHAMBON (Paris); M. le docteur SOURRIS (Joseph), aide-major de première classe au 9e régiment de chasseurs, à Béziers (Hérault).

3o Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par les observations ou mémoires qu'ils ont adressés à l'Académie.

Nous donnerons dans le prochain numéro l'indication des prix proposés pour l'année 1884.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 décembre 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

ELECTIONS. — *Nomination d'une commission pour l'élection de membres correspondants nationaux* : MM. Trélat, Tillaux, Chauvel et Lannelongue.

Nomination d'une commission pour l'élection de membres correspondants étrangers : MM. Verneuil, Richelot, Lucas-Championnière et Polaillon.

— DISCUSSION SUR L'OSTÉOTOMIE (*suite*). — M. LABBÉ présente, au nom de M. Robin (de Lyon), de nombreuses photographies témoignant des remarquables résultats obtenus depuis quelques mois au moyen de l'ostéoclasie par son maître M. Daniel Molière. Ce chirurgien a pratiqué 80 ostéoclasies, avec l'ostéoclaste de M. Robin : les résultats ont toujours été excellents; la durée moyenne de

la consolidation a été de 35 jours. M. Labbé, de son côté, a eu l'occasion d'assister à Lyon à des expériences cadavériques : toujours la fracture s'est faite au niveau fixé d'avance et dans d'excellentes conditions.

M. Larger a eu l'occasion d'employer la torsion dans un cas où la flexion latérale, d'après le procédé de M. Tillaux, avait complètement échoué. La manœuvre a parfaitement réussi. La lésion produite était l'entorse juxta-épiphysaire. Pour la déterminer, M. Ollier, dans son mémoire, n'avait indiqué que les mouvements d'extension et de flexion; mais le chirurgien de Lyon, consulté par M. Larger, a admis ce nouveau mécanisme.

M. Gillette, répondant à une objection qui lui a été faite par M. Desprès dans la dernière séance, déclare : 1° que l'existence d'une fracture est indiscutable quand elle s'est accompagnée de tous les signes classiques; 2° que certaines fractures peuvent se consolider sans cal, et l'auteur cite à ce sujet plusieurs cas tirés de sa pratique; 3° que si l'on peut douter de l'existence d'une fracture quand le chirurgien redresse une ankylose, il ne saurait en être de même dans le cas présent.

M. Tillaux rappelle qu'il a été le premier à Paris à employer l'ostéoclasie sur un de ses malades de Lariboisière, en 1875, et qu'il a utilisé, dès le début, un procédé de manipulation un peu différent de celui de Delore. C'est vers cette époque que M. Colin conçut son appareil. Il faut, dit M. Tillaux, distinguer le genu valgum des déformations rachitiques; du reste, le genu valgum n'appartient pas au rachitisme. Pour cette dernière affection, il faut être sobre de manipulations ou d'opérations. Il ne saurait en être de même pour le genu valgum : le traitement orthopédique manque le plus souvent son but; il faut donc essayer le redressement. Du reste, toutes les ostéoclasies qu'il a pratiquées ont fourni de bons résultats. Le seul inconvénient à redouter est la rupture de l'appareil ligamenteux, mais néanmoins M. Tillaux déclare pencher vers l'ostéoclasie, toujours moins grave qu'une section à ciel ouvert.

M. Delens, depuis 1875, a traité 10 genu valgum; 2 fois il a employé l'ostéoclasie manuelle; il y eut de l'épanchement articulaire; la marche est restée difficile; 4 fois il eut recours à l'appareil Colin : mêmes inconvénients que précédemment; le rétablissement a demandé 4 à 5 mois; enfin il a pratiqué 4 ostéotomies. Bon résultat opératoire : pas d'accidents, pas de réaction articulaire, rétablissement complet en 5 semaines. Bon résultat fonctionnel. L'auteur fait cependant remarquer que depuis les derniers perfectionnements de l'appareil Colin, qui en ont fait un vrai ostéoclaste, il est tenté de revenir à l'ostéoclasie.

M. Desprès émet quelques doutes sur la valeur des photographies qui viennent d'être présentées à la Société. Il montre, à cet effet, un malade atteint d'un genu valgum qui entraîne une boiterie considérable et chez lequel on corrige facilement la déviation dans la station debout. Il croit de plus que chez ce jeune homme la paralysie du couturier, qui est ici manifeste, est cause de la déviation et il se propose d'employer l'électrisation.

M. Lefort pense qu'il ne s'agit pas ici d'un genu valgum, puisque dans l'extension forcée on fait disparaître la déviation.

M. Verneuil déclare que si on donne le nom de genu valgum à l'exagération de l'angle que font normalement en dedans le tibia et le fémur, le cas présent doit y rentrer : en tout cas, ce genu valgum est une variété particulière de genre paralytique, bien différent du genu valgum classique d'origine osseuse. M. Verneuil pense que ce dernier, lorsqu'il est toutefois au début, peut guérir par le redressement lent. Quant à l'ostéoclasie, il faut distinguer les deux appareils de Colin, dont le premier est un syndesmoclaste et le deuxième un véritable ostéoclaste. L'auteur a fait jusqu'ici deux ostéoclasies qui lui ont donné deux succès.

M. Desprès admet l'extrême fréquence du genu valgum paralytique; pour lui, tout genu valgum serait au début paralytique.

Il pense que les opérations sont impuissantes et la récidive imminente si le malade ne change pas de profession.

M. Gillette propose dans ces cas le nom de pseudo-genu valgum.

Rapport. — M. Richelot lit un rapport sur trois observations de M. Bertin, de Gray :

1re obs. — Rein flottant situé près de l'utérus, donnant la sensation du ballottement.

2e obs. — Abcès du rein après l'accouchement. Ponctions capillaires successives. Néphrectomie. Guérison.

3e obs. — Angiome parotidien pulsatile à l'âge d'un an. M. Bertin pratique la ligature de la carotide primitive. Guérison sans accidents.

Lecture. — M. Nepveu lit une observation de résection de la hanche pour coxalgie suppurée chez une jeune fille de 17 ans. Guérison complète ; ankylose en bonne position, 10 centim. de raccourcissement facilement corrigeable par un talon élevé. Marche facile. Retour de la santé générale.

M. Guéniot donne le résultat d'une enquête qu'il a faite avec M. Fournier, au sujet d'un enfant nouveau-né atteint de rachitisme, guéri dans le sein maternel, et qu'il avait présenté l'année dernière au moment de la discussion des rapports de la syphilis et de la scrofule. Cette enquête a fourni un résultat absolument négatif. Il n'a pas été possible de retrouver la moindre trace de syphilis chez les ascendants.

M. Tarnier est nommé à l'unanimité membre honoraire.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Picqué.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 décembre 1883. — Présidence de M. Millard.

M. le Président annonce la mort de M. G. Homolle, médecin du Bureau central, et se fait l'interprète des regrets que cette perte inspire à tous les membres de la Société.

— Présentation de pièces anatomiques relatives à un cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire. — M. Rendu présente des pièces anatomiques provenant d'un jeune homme de dix-neuf ans qui est entré dans son service de l'hôtel Tenon, au mois d'août dernier. Le sujet était grand de taille, mais d'une pâleur frappante. Il racontait que, depuis son enfance, il n'avait jamais pu courir avec la même facilité que ses camarades. Il était fatigué et essoufflé au moindre effort. Jamais, d'ailleurs, il n'avait eu d'attaque de rhumatisme ni aucune des autres maladies de l'enfance qui passent pour conduire à l'endocardite.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade était en proie à des palpitations, à de l'anxiété, à de l'oppression. Il se plaignait d'une tendance au vertige, de troubles dyspeptiques habituels. Bref il avait les symptômes et l'habitus extérieur d'un cardiaque aortique. A l'auscultation, on percevait un souffle très net à la base, souffle rude, ayant tous les caractères d'un souffle de rétrécissement, mais qui ne correspondait ni au premier ni au second temps. Aussi parmi ceux qui eurent occasion d'examiner le malade, les uns se prononcèrent-ils pour un souffle systolique, les autres pour un souffle diastolique. Un examen minutieux révélait les particularités suivantes : au moment de la systole cardiaque, la pointe du cœur battait dans le cinquième espace intercostal, en dedans du mamelon, ce qui dénotait déjà que le cœur était augmenté de volume. En auscultant, on entendait un bruit de claquement auriculo-ventriculaire très net, autrement dit, le premier bruit normal se percevait avec des caractères parfaitement normaux, suivi du petit silence. Vers le milieu du petit silence, mais plus rapproché du second bruit normal que du premier, on entendait un bruit de râpe très prononcé, suivi d'un frémissement ca-

taire qui se prolongeait jusqu'au grand silence. Ce souffle avait son maximum au niveau du second espace intercostal à gauche. Avec cela, un pouls régulier, serré, remarquablement petit, mais nullement bondissant, ne présentant par conséquent aucun des caractères du pouls aortique.

Durant le mois d'août, l'état du malade s'améliora sous l'influence du repos, du régime lacté, des toniques et d'une alimentation réparatrice. Le malade avait de la polyurie qui l'obligeait à se lever la nuit, et ses urines renfermaient un peu d'albumine. Au mois de septembre, à la suite d'un refroidissement, se déclarait un état typhoïde tellement prononcé, qu'on crut à un moment donné à une fièvre typhoïde intercurrente. Au bout de quelques jours, le malade rendit du sang par les urines, et il ne tarda pas à succomber, après avoir passé par toutes les péripéties d'une néphrite albumineuse aiguë.

A l'autopsie, on trouva un cœur très volumineux, hypertrophié. L'hypertrophie portait exclusivement sur le cœur droit, dont le cœur gauche ne paraissait être qu'un petit diverticule; elle était telle que les parois du ventricule droit mesuraient *trois millimètres* d'épaisseur. Le cœur droit était vide de caillots, tandis que le cœur gauche en était rempli. On découvrait en outre un rétrécissement pulmonaire au maximum. A son origine, la lumière de l'artère pulmonaire était réduite à un pertuis de *deux centimètres et demi* de diamètre, par le fait de l'adhérence des valvules sygmoïdes. Immédiatement au-dessus de ce pertuis se voyait une grosse végétation fibrineuse. Au-dessous, l'artère était fortement dilatée, preuve qu'elle avait été, du vivant du sujet, soumise à une pression considérable. Enfin, en aval du rétrécissement, à une distance de 2 à 3 centimètres, on découvrait les traces d'une endartérite végétante très prononcée, sous forme d'une plaque calcaire.

Quant au reste, les valvules tricuspidiennes étaient parfaitement normales; à aucun moment de sa vie, le malade n'avait présenté de signes d'une insuffisance de ces valvules. Il n'existait pas de communication directe entre les oreillettes ni entre les ventricules, le trou de Botal était imperforé; il n'y avait donc aucune raison de croire à un rétrécissement acquis; il s'agissait d'un rétrécissement remontant aux premiers temps de la vie, rétrécissement excessif, au point qu'on est amené à se demander comment il avait été si longtemps compatible avec la persistance de la vie, comment la compensation a pu se faire entre la grande et la petite circulation? L'explication a été fournie par un autre détail de l'autopsie : l'aorte était d'un calibre relativement très petit et ne mesurait pas plus de 4 à 5 centimètres de circonférence à son origine, tandis que l'artère pulmonaire mesurait 7 centimètres de pourtour; cette étroitesse se poursuivait sur toute l'étendue de l'aorte, dont le segment thoracique avait à peine le calibre du petit doigt. Cet état de choses rend compte de la petitesse si remarquable du pouls, observée du vivant du malade; elle fait comprendre aussi, comment le pertuis qui établissait la communication entre le ventricule droit et l'artère pulmonaire laissait passer une quantité de sang suffisante pour les besoins de la circulation aortique.

— M. Rendu insiste sur ce qu'on ne découvrit ni infarctus, ni traces d'apoplexie pulmonaire, ni tubercules.

— M. Constantin Paul fait remarquer que la conformation des valvules sigmoïdes exclut l'idée d'un rétrécissement congénital.

— M. Ball dit qu'il est étonné de n'avoir pas entendu signaler d'embolies capillaires dans les détails nécroscopiques fournis par M. Rendu.

— M. Rendu répond qu'il a insisté sur la contradiction apparente entre la lésion primordiale et les accidents consécutifs; le malade en cause réalisait les conditions les plus favorables à la production d'embolies capillaires, et celles-ci ont fait défaut. L'autopsie n'a pas, d'autre part, fourni l'explication de l'hématurie, qui a été notée parmi les accidents de la dernière période. Les glandes rénales présentaient l'aspect macroscopique du *gros rein blanc*, avec quelques ecchymoses sous-capsulaires.

M. Ball demande si les organes génitaux avaient leur développement normal.

M. Rendu répond affirmativement. Toutefois, le système pileux était peu développé chez le malade, qui se rapprochait du type décrit par Lorain sous le nom de *féminisme infantile*.

— M. R. Moutard-Martin fait une communication sur un cas d'*épanchement pleural hémorrhagique*, dont la résorption a été obtenue à la suite d'une ponction unique. Il s'agit d'un homme de 74 ans, qui entra à l'hôpital avec toutes les apparences d'un cardiaque à la période d'asystolie : œdème des jambes, étouffements, pouls irrégulier. Le toucher des artères superficielles révélait un état athéromateux extrêmement prononcé. A l'auscultation du cœur, on ne percevait pas de souffle morbide, mais de l'arythmie. Du côté des poumons, à gauche, des signes de congestion pulmonaire seulement (râles muqueux); à droite, une zone de matité complète, dont le niveau supérieur répondait à l'angle de l'omoplate, et derrière cette zone de matité, de petits râles éloignés, s'entendant après la toux. Pas d'égophonie, pas d'abolition des vibrations thoraciques, qui étaient à peine diminuées au siège de la matité. Le foie, très volumineux, débordait le rebord des fausses côtes de trois travers de doigt et se continuait au niveau du creux épigastrique par une petite saillie mollasse. En présence de ces signes, M. R. Moutard-Martin diagnostiqua l'existence d'un épanchement pleural, en faisant des réserves sur l'état des poumons, en arrière de l'épanchement. M. Grancher, qui vit le malade, écarta l'idée d'une spléno-pneumonie, soulevée un instant par M. Moutard-Martin.

Ce dernier pratiqua une ponction qui donna issue à 2,000 gr. d'un liquide dont la nature hémorrhagique ne faisait point doute au simple examen à l'œil nu. Après la ponction, on entendait dans le creux de l'aisselle un souffle doux, qu'on n'avait point perçu jusqu'alors, et qui persista pendant quarante-huit heures. Quant au reste, tous les signes et symptômes antérieurs persistaient. A aucun moment de la maladie, il n'y avait eu de fièvre. Trois nouvelles ponctions exploratrices pratiquées avec la seringue de Pravaz ne donnèrent issue à aucun liquide. Le malade, qui s'est rétabli de ses accidents thoraciques, a été évacué sur Bicêtre.

Ce cas présente de l'intérêt à plus d'un titre; il s'agit, en somme, d'un épanchement hémorrhagique chez un homme âgé, épanchement dont la résorption a été obtenue à la suite d'une ponction *unique*. Les faits de cette nature sont rares. M. Schouppe, M. Poulain, entre autres, en ont cité des exemples, ainsi que M. Mangeon (1) et M. Nolais (2) dans leurs thèses inaugurales.

Pour M. Moutard-Martin, il s'agissait, dans le cas rapporté par lui, d'une pleurésie hémorrhagique simple, sans tubercules ni cancer; la nature hémorrhagique de l'épanchement était sans doute le fait de l'athérome artériel et de l'extension à la plèvre de la congestion pulmonaire. La guérison obtenue à la suite d'une ponction unique est le meilleur argument qu'on puisse faire valoir en faveur de la nature simple de la pleurésie.

Sur la demande de M. Dieulafoy, la question de la pleurésie hémorrhagique est mise à l'ordre du jour d'une des prochaines séances.

— La Société procède ensuite aux mutations dans les services de médecine des hôpitaux. (Voir à la *Chronique*).

La séance est levée à cinq heures un quart.

E. Ricklin.

(1) Mangeon. *Considérations sur les pleurésies hémorrhagiques et leur suppuration.* Thèses de Paris, 1880.

(2) Nolais. *Etude sur les pleurésies hémorrhagiques.* Ibidem, 1882.

FORMULAIRE

Pilules au phosphure de zinc et a la strydhnine dans les cas de paralysie agitante.

(Hammond.)

Rec. Phosphure de zinc....... 0 15 centigr.
Extrait de noix vomique.. 0 30 —
Conserve de roses....... Q. S.

Pour f. s. a. Trente pilules. — Prendre une pilule trois fois par jour.

En même temps, on aura recours aux appplications du courant galvanique sur la colonne vertébrale, sur le trajet du grand sympathique et sur les membres envahis par le tremblement rhythmique.

E. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'application du sphygmographe a l'étude de la bronchite chronique, par le docteur Lahillonne.

Ce travail a pour but de faire ressortir l'utilité de l'emploi du sphygmographe appliqué à la direction du traitement curatif sulfureux dans les différentes espèces de bronchites chroniques. Les recherches de l'auteur, poursuivies depuis plusieurs années à la station de Cauterets, lui ont montré que, sous l'influence des eaux sulfureuses, il s'opérait une amélioration fréquente des tracés graphiques pris à différentes reprises chez ses malades, amélioration se traduisant par un relèvement sensible de la tension artérielle. Ces résultats auraient été constatés même chez des malades atteints simultanément d'affections cardiaques ou de lésions vasculaires généralisées, circonstance qui jusqu'à présent avait paru aux médecins hydropathes une contre-indication absolue et constante à l'emploi du traitement sulfureux. Les recherches de M. Lahillonne tendent donc à faire reviser cette opinion et à rendre ce verdict moins rigoureux. Elles ne font d'ailleurs que mettre en lumière le rôle que, d'après lui, l'élément vasculaire ou, pour préciser davantage, l'état du système artériel, joue dans l'évolution des bronchites chroniques, rôle dont il sera désormais indispensable de tenir compte dans la direction du traitement.

Diagnostic de l'ectopie rénale, par M. Frédéric Buret.

Bien étudiée dans ces dernières années et vulgarisée par nombre de travaux spéciaux, parmi lesquels il convient de citer au premier rang le remarquable mémoire de Fritz, l'histoire de l'ectopie rénale présente cependant encore des obscurités que les progrès de la clinique tendent à effacer de jour en jour. De fait il est encore peu d'affections, à l'heure actuelle, qui échappent aussi souvent à l'attention et à la perspicacité du médecin et qui soient la cause d'erreurs de diagnostic aussi fréquentes. Or ces erreurs proviennent, d'une part, de ce qu'un grand nombre de médecins ne sont pas encore suffisamment fixés sur le degré de fréquence du déplacement des reins et sur la nature des troubles auxquels ce déplacement donne lieu. Elles tiennent en second lieu à la variété extrême de ces troubles qui, par leur diversité même, peuvent donner à la maladie des aspects cliniques multiples et lui faire revêtir ainsi le masque d'une foule d'autres affections très différentes les unes des autres. Or le travail de M. Buret a précisément pour but de faire ressortir cette difficulté particulière du diagnostic de l'ectopie rénale, ainsi que les erreurs auxquelles ce diagnostic donne lien pour ainsi dire journellement, et il rend par là aux cliniciens un incontestable service qui se trouve complété d'ailleurs par l'exposé clair et précis des signes avec lesquels on peut arriver à reconnaître l'existence de cette maladie.

Dans l'étude de cette question, on peut, d'après M. Buret, ramener tous les faits à deux catégories principales. Dans une première catégorie, il n'existe aucune tumeur, l'expression symptomatique se réduit à de simples troubles fonctionnels. Dans la seconde, il existe une tumeur et il s'agit d'en reconnaître la nature.

Le premier groupe de faits est celui dans lequel les erreurs de diagnostic sont le plus faciles et partant le plus nombreuses. En effet, les troubles qui se manifestent dans ces cas sont presque exclusivement d'ordre *nerveux* ou d'ordre *digestif* et, suivant qu'il y aura prédominance vers l'un ou l'autre de ces appareils, la maladie pourra simuler toute autre affection ressortissant à chacun d'entre eux. C'est ainsi que dans le premier ordre d'idées on a pu confondre les symptômes produits par un rein déplacé avec ceux d'une affection du foie et arriver ainsi au diagnostic en apparence invraisemblable de colique hépatique. Chez d'autres malades, on a pu, en s'appuyant sur la direction spéciale des irradiations douloureuses, s'arrêter à l'idée d'une colique néphrétique ou bien à celle d'une colique de plomb. M. Buret nous cite encore des malades qui furent traités pour une gastralgie persistante, laquelle céda à l'usage d'un simple bandage contentif; d'autres chez lesquels on avait invoqué l'existence d'une affection utérine purement imaginaire. Bref, il n'est aucune des affections douloureuses de l'abdomen, entéralgie, névralgie crurale, sciatique, lombo-abdominale, qui n'ait servi d'étiquette à des cas où un examen plus approfondi fit reconnaître plus tard un simple déplacement du rein. Et à ces faits il convient d'ajouter encore ceux assez fréquents où la prédominance des troubles névropathiques généraux a pu détourner le médecin de l'idée d'une affection locale et lui imposer en quelque sorte le diagnostic banal, mais très vraisemblable, d'hystérie ou d'hypochondrie.

Les cas où il existe une tumeur sont également féconds en erreurs de diagnostic, parce que la nature de celle-ci est souvent méconnue et qu'une fausse interprétation peut conduire le médecin aux plus étranges suppositions. C'est ainsi que, en s'appuyant sur les considérations tirées du siège, du volume, de la profondeur et des connexions apparentes de la tumeur, on a pu dans certains cas diagnostiquer une hypertrophie du foie, dans d'autres un kyste de cet organe ou bien une simple distension de la vésicule biliaire. L'idée d'un cancer abdominal est celle qui se présente le plus naturellement à l'esprit du médecin, et de fait elle est signalée un certain nombre de fois parmi les observations rapportées dans le travail de M. Buret. Il s'agit, suivant les cas, d'un cancer de l'estomac, du foie, de l'intestin ou de l'épiploon. Dans un autre ordre de faits, quelques médecins ont pu s'arrêter à l'idée d'une affection inflammatoire et admettre ainsi une typhlite ou un abcès par congestion. De même, pour les cas où la proximité de la tumeur avec l'utérus faisait penser à l'existence de fibrômes utérins ou à un kyste de l'ovaire au début. On le voit, la liste des erreurs auxquelles l'ectopie rénale expose le

médecin est longue, et encore pour la connaître entière il faudrait lire tout le chapitre consacré par M. Buret à leur énumération. Pas n'est besoin d'ajouter qu'elles ont conduit parfois à l'emploi des moyens les plus étranges, trop souvent nuisibles à l'intérêt des malades.

Ces erreurs ne peuvent être évitées que par une connaissance plus complète des symptômes produits par la mobilité du rein, affection que certains auteurs considèrent comme très fréquente, à l'encontre de l'opinion générale. A cet égard, on lira avec fruit le chapitre dans lequel M. Buret étudie les éléments du diagnostic et indique par là même les moyens d'éviter des erreurs de jugement qui peuvent compromettre d'une manière sérieuse la réputation du médecin.

Dr P. Muselier.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Pellarin, beau-frère de Littré, et l'un des plus fervents disciples de Fourier.

— M. Hébert, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, vient aussi de mourir.

***

Faculté de médecine de Paris. — Par décret, en date du 17 décembre 1883, M. Damaschino, agrégé, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris.

— Par arrêté en date du 12 décembre, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, a été déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour la remise de leurs titres.

***

Concours des prix de l'internat. — Pour l'épreuve orale du concours des prix de l'internat des hôpitaux de Paris, les questions ont été :

A. — Première division (élèves de troisième et quatrième années) : 1° Affections syphilitiques de la langue ; — De l'angine de poitrine.

B. — Deuxième division (élèves de première et deuxième années) : 1° Signes et diagnostic des myomes utérins ; — Signes et diagnostic des différentes formes de la pneumonie lobulaire aiguë.

Concours de l'externat. — Le concours vient de se terminer par la nomination de 255 élèves externes des hôpitaux, parmi lesquels on remarque plusieurs noms d'étudiantes. L'une de ces dames occupe le sixième rang d'admission. Les élèves du sexe fort n'ont qu'à se bien tenir.

***

Mutations dans les hôpitaux a partir du 1er janvier prochain. — M. Blachez passe de Necker aux Enfants-Assistés ; M. Rendu passe de Tenon à Necker ; M. Olivier passe de Saint-Louis aux Enfants-Assistés ; M. Lancereaux passe de la Pitié à Saint-Louis ; M. Gouraud passe de Saint-Antoine à la Pitié ; M. Dujardin-Beaumetz passe de Saint-Antoine à Cochin ; M. Landrieux passe de Sainte-Périne à Saint-Antoine ; M. Guérin-Roze passe de Bichat à Lariboisière ; M. Huchard passe de Tenon à Bichat ; M. Debove passe de Bicêtre aux Tournelles.

Enfin les huit médecins dont les noms suivent, passent du Bureau central dans les hôpitaux ci-après désignés :

MM. Troisier, Gaillard-Lacombe, Hanot, Du Castel, Dreyfus-Brisac, à Tenon ; M. Joffroy, à Bicêtre ; M. Labbadie-Lagrave, à la Maternité ; M. Robert Moutard-Martin, à Sainte-Périne.

***

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 26 novembre 1883, M. Denoix (Victor-Emile), médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé médecin-major de 1re classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

— Par décret, en date du 11 décembre 1883, M. Reeb, médecin principal de l'armée active, retraité, a été nommé au grade de médecin principal de 1re classe, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

***

La direction centrale de l'assistance et de l'hygiène publiques. — A propos des débats parlementaires sur la modeste somme de 50,000 fr. allouée par le gouvernement et la commission du budget au service de la médecine gratuite dans les départements, M. Henry Liouville est revenu sur le projet tant de fois proposé de réunir sous une même direction centrale les différents services d'assistance et d'hygiène publiques actuellement répartis entre deux et même trois ministères. En réponse au vœu qu'il a renouvelé, le ministre de l'Intérieur a déclaré que le gouvernement ne négligera rien pour arriver sur ce sujet à une solution aussi prompte que possible. On ne peut que remercier M. Liouville de se faire ainsi devant le Parlement, chaque fois que l'occasion s'en présente, l'avocat d'une cause qui touche à un intérêt public de premier ordre, et au succès de laquelle le corps médical, en particulier, attache le plus grand prix.

***

Par arrêté préfectoral du 24 novembre dernier, notre excellent confrère et ancien collaborateur M. Guardia a été nommé professeur de l'enseignement moral au collège Chaptal.

Nos lecteurs n'ont pas oublié que, pour avoir exprimé librement ses opinions sur le fond et les méthodes d'enseignement dans un livre remarquable qui leur a été ici même présenté, M. Guardia a été relevé de ses fonctions de professeur au collège Monge. On est heureux de voir un collège municipal réparer la faute commise par un établissement qui a dû ses premiers succès au drapeau d'indépendance et de libéralisme qu'il avait arboré.

***

Par arrêté préfectoral, en date du 4 décembre 1883, sont nommés membres de la commission chargée d'examiner le projet de séparation de l'Assistance publique et du Mont-de-Piété de Paris : MM. Loiseau, Réty, Royer en remplacement de MM. Thulié, Sigismond Lacroix et Bourneville, démissionnaires. — M. Goupy, membre des conseils de surveillance de l'Assistance publique et du Mont-de-Piété, est nommé membre de ladite commission.

***

Inspectorat des eaux minérales. — La commission extra-parlementaire nommée pour examiner cette question, depuis si longtemps à l'étude, vient de décider que le titre de médecin inspecteur des eaux minérales doit être supprimé.

***

La Société médicale des bureaux de bienfaisance a composé son bureau de la façon suivante pour l'année 1884 :

Président, M. Paul Richard ; vice-présidents, MM. Barbette et Gibert ; secrétaire général, M. Passant ; secrétaire général adjoint, M. Chevallereau ; secrétaire des séances, MM. Reguault et Leconnier ; trésorier, M. Guyet ; archiviste, M. Toledano.

— Le concours pour trois places de médecin-inspecteur des écoles, ouvert à Lyon, vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Boyer (Jean), Audry et Carry.

*
* *

Le prix de médecine navale, pour l'année 1883, vient d'être décerné à M. le docteur Maurel, médecin de 1re classe. — Un témoignage de satisfaction a été accordé à M. Friocourt, médecin principal, et à M. Chevalier, médecin de 1re classe.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 8 AU JEUDI 13 DÉCEMBRE 1883.

Fièvre typhoïde 23. — Variole 1. — Rougeole 7. — Scarlatine 5. — Coqueluche 11. — Dipthérie, croup 54. — Dysenterie 0. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 42. — Phthisie pulmonaire 201. — Autres tuberculoses 12. — Autres affections générales 64. — Malformation et débilité des âges extrêmes 72. — Bronchite aiguë 45. — Pneumonie 70. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 42, — au sein et mixte 29. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 102. — de l'appareil circulatoire 73. — de l'appareil respiratoire 83. — de l'appareil digestif 50 — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 5. — Aprés traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 29. — Causes non classées 5. — Total de la semaine : 1065 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

EXPOSÉ DES PRINCIPAUX PASSAGES CONTENUS DANS LE SI-YUEN-LU, par le docteur Ernest Martin. — Paris, Ernest Leroux, éditeur, 28, rue Bonaparte.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE d'Hippocratea, Broussais et ses successeurs, par J.-M. Guardia, 1 volume in-18 cartonné diamant de 600 pages. — Prix : 7 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

LIVRES D'ÉTRENNES

LA SYRIE D'AUJOURD'HUI, par le docteur Lortet, 1 vol. broché in-4. — Prix : 50 fr.; relié, 65 fr. — Paris, librairie Hachette et Cie, boulevard Saint-Germain, 79.

BIBLIOTHÈQUE DES MERVEILLES.

LE FEU, par Bouant, 1 volume. — Paris, librairie Hachette et Cie, 79, boulevard Saint-Germain.

L'ÉCLAIRAGE ÉLECTRIQUE, par Du Moncel. — Première partie : Générateurs de la lumière, 1 volume. — Deuxième partie : Les lampes, 1 volume. — Paris, librairie Hachette et Cie, 79, boulevard Saint-Germain.

LES NAINS ET LES GÉANTS, par Garnier, 1 volume. — Paris, librairie Hachette et Cie, 79, boulevard Saint-Germain.

LES FORÊTS, par Lesbazeilles, 1 volume. — Paris, librairie Hachette et Cie, 79, boulevard Saint-Germain.

HISTOIRE D'UN PONT, par Narjoux, 1 volume. — Paris, librairie Hachette et Cie, 79, boulevard Saint-Germain.

— Chaque volume in-16, broché : 2 fr. 25 ; cartonné : 3 fr. 50.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 27 décembre 1883.

A partir du 1er janvier prochain, les COMPTES RENDUS DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, que nos abonnés recevaient en prime, seront remplacés dans les mêmes conditions par le COMPTE RENDU GÉNÉRAL DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA FRANCE ET DE L'ÉTRANGER, qui paraîtra le mercredi matin de chaque semaine. En raison du jour de l'an, qui tombe mardi et qui est un jour de chômage pour les imprimeries, le premier numéro du COMPTE RENDU GÉNÉRAL ne paraîtra que jeudi prochain.

Le nouveau recueil contiendra les comptes rendus des principales sociétés savantes de Paris, des départements, de l'étranger. Par ses rédacteurs et ses correspondants, il sera en mesure de publier ces comptes rendus le mercredi qui suivra les séances de chaque société. C'est ainsi, par exemple, que les lecteurs auront le mercredi matin la séance de la Société de biologie du samedi précédent, de l'Académie des sciences du lundi et celle de l'Académie de médecine de la veille. Le COMPTE RENDU GÉNÉRAL présentera donc, dans la plus large étendue et avec la plus grande rapidité, le mouvement des sociétés savantes (1).

La GAZETTE MÉDICALE, dont les lecteurs auront déjà reçu le COMPTE RENDU GÉNÉRAL, cessera, pour ne pas faire double emploi, de publier des comptes rendus de sociétés savantes ; l'espace considérable que ces comptes rendus occupaient, devenu libre, permettra de donner une plus grande extension aux leçons cliniques, aux mémoires originaux, aux revues critiques, générales ou spéciales, à la bibliographie, aux études d'histoire et de littérature médicales, etc.

Le nombre des publications périodiques est de nos jours si considérable qu'il est impossible au médecin, à la fois le plus généreux de sa bourse et le plus désireux de s'instruire, nous ne disons pas de les recevoir, mais de les connaître toutes. Chaque branche des sciences médicales a un ou plusieurs organes. Parmi tant de recueils, tant de travaux d'une portée et d'une valeur si différentes, il y a évidemment une sélection à faire. Grâce au nouveau développement qu'elle va donner à sa partie critique et bibliographique, la GAZETTE MÉDICALE pourra mener à bonne fin ce travail d'analyse et tenir exactement ses lecteurs au courant de tout ce qui se publiera véritablement d'important en France et à l'étranger.

Le mouvement scientifique se produit et s'entretient par trois voies ou trois moyens : les sociétés savantes, la presse, les livres. On peut voir, par ce qui précède, que le COMPTE RENDU GÉNÉRAL et la GAZETTE MÉDICALE se complètent pour représenter ce mouvement de la manière à la fois la plus rapide, la plus large et la plus fidèle.

LA RÉDACTION.

(1) Le COMPTE RENDU GÉNÉRAL publie régulièrement dès maintenant les comptes rendus des sociétés suivantes : Académie des sciences, Académie de médecine, Société de chirurgie, Société médicale des hôpitaux, Société de biologie, Société de médecine de Paris, Société d'anthropologie, Société d'hydrologie, Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris; — Société centrale de médecine du département du Nord, Société de médecine de Nancy. Société des sciences médicales de Gannat; — Académie royale de médecine de Belgique, Académie royale de médecine de Rome, Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, Société de médecine interne de Berlin, Société des médecins de Vienne, Société de médecine de Pesth, etc. Ce nombre, déjà considérable, ne peut que s'accroître rapidement par l'adhésion de nouvelles sociétés.

HYGIÈNE PUBLIQUE

RAPPORT A M. LE MINISTRE DU COMMERCE SUR L'ÉPIDÉMIE DE TRICHINOSE D'HALBERSTADT (ALLEMAGNE), par M. le professeur BROUARDEL.

Paris, le 27 novembre 1883.

Monsieur le Ministre,

Par une lettre en date du 31 octobre 1883, vous m'avez confié la mission d'aller en Allemagne étudier une épidémie de trichinose qui s'était déclarée dans les environs d'Halberstadt.

Je suis parti de Paris le samedi 3 novembre et rentré le samedi 17. M. le docteur Grancher, professeur agrégé de la Faculté, a bien voulu m'accompagner, et c'est d'un commun accord que nous avons fait l'enquête exposée dans ce rapport et que nous avons étudié les lésions et les symptômes constatés chez les malades. Les résultats de ces dernières recherches seront publiés plus tard.

L'ambassade française en Allemagne nous a prêté un précieux concours; sur sa demande le ministère allemand des cultes et des affaires médicales a transmis aux autorités du district d'Halberstadt l'ordre de favoriser de tout leur pouvoir la mission que venaient remplir les deux médecins français.

Avant que cet ordre ne fût parvenu à Halberstadt, nous avions déjà pu commencer nos recherches, grâce à l'extrême obligeance de M. le professeur Virchow. Il nous avait permis d'emmener avec nous un des ses jeunes élèves, M. Beaucamp, plus familiarisé que nous avec la langue allemande, et il nous avait mis en rapport avec M. le docteur Jœsting, Kreis-Physicus d'Halberstadt. Nous avions trouvé, dans les villages où s'était développée l'épidémie, M. le docteur Philipp, ancien assistant du professeur Weber, de Halle; M. Wagner, élève du docteur Weber, et envoyé par celui-ci pour seconder M. le docteur Philipp; enfin M. Heine, maire d'Emersleben. Ces messieurs ont mis avec une grande bonne volonté à notre disposition les renseignements qu'ils avaient recueillis, et c'est grâce à eux que nous avons pu reconstituer l'histoire de l'épidémie depuis ses débuts. Nous étions arrivés en effet au commencement de la septième semaine et nous avons dû partir pendant la huitième de l'épidémie. Bien que celle-ci fût presque terminée, quelques unes des victimes étaient encore gravement atteintes.

1° Histoire de l'épidémie. — Les localités dans lesquelles s'est développée l'épidémie sont : Emersleben, village de 700 habitants; Deesdorf, village de 400 habitants; Grœningen, ville de 3,000 habitants; Nienhagen, village de 300 habitants. Ces différents villages sont répartis sur un espace ayant 5,000 mètres environ de diamètre.

Origine de l'épidémie. — Le 11 septembre 1883, un boucher de Emersleben nommé Behrens, acheta un porc à Nienhagen. Ce porc, né d'un père anglais et d'une mère du pays, aurait été élevé dans l'écurie; mais il n'a pas été établi qu'il n'ait pas été, suivant les habitudes du pays, maintes fois pâturer dans les champs. Il aurait été examiné par le boucher et par l'inspecteur d'Emersleben, qui déclarèrent qu'il ne contenait pas de trichine. La bonne foi de ces deux personnes est hors de doute, car toutes deux mangèrent de la viande de ce porc et toutes deux furent malades, l'inspecteur légèrement, le boucher très gravement,— il était en danger de mort quand, le 15 novembre, nous avons quitté Emersleben.

Ce porc fut tué le 12 septembre à Emersleben. Le boucher en donna une tranche à deux de ses voisins qui la hachèrent eux-mêmes et la mangèrent crue le 13 septembre. Tous deux tombèrent malades le 16 du même mois, et moururent, l'un le 14, l'autre le 21 octobre. Ce sont les deux seules personnes qui mangèrent de la viande de ce porc non mélangée à celle d'un autre animal de même espèce.

En effet, le 12 septembre le boucher hacha ce porc et en mélangea la pâtée qui en résulta avec la viande d'un second porc. C'est ce mélange qu'il vendit à ses clients pendant les journées des 13, 14, 15, 16, 17, 18 et 19 septembre.

Tous les consommateurs, à l'exception de cinq, dont nous parlerons plus tard, firent usage de cette viande absolument crue, étendue comme du fromage sur du pain. C'est le mode presque exclusif d'alimentation animale de ces populations, qui pourtant sont riches. Avant le début de l'épidémie, Emersleben, nous a affirmé le maire, ne comptait pas un indigent. Ces paysans ne mangent ni viande de bœuf ni viande de mouton.

Le boucher Behrens mit en vente le mélange indiqué plus haut à Emersleben du 13 au 19 septembre; il y eut 250 malades, dont 42 moururent. Lors de notre départ, 6 personnes étaient encore en danger de mort. A Deesdorf le boucher ne vendit qu'un seul jour, le 13 septembre. 42 personnes furent malades et 9 moururent. Certaines familles furent cruellement frappées : l'une d'elles, composée de sept membres, comptait au moment de notre visite quatre morts, un mourant et deux convalescents.

Le boucher ne vendit pas directement à Grœningen. Mais deux personnes de cette localité achetèrent, le 13 décembre, des saucisses à Deesdorf : toutes deux moururent. Deux autres, habitant le couvent de Grœningen, reçurent en cadeau des saucisses envoyées par leurs parents de Deesdorf : elles ne les mangèrent que deux ou trois jours plus tard, furent malades et guérirent.

Les personnes dont nous venons de parler ont donc mangé la viande hachée le 12 et constituée par un mélange identique formé par la viande de deux porcs.

Le 19 septembre, le reste de la viande ainsi hachée n'ayant plus un aspect marchand, le boucher le mélangea à la viande fraîche d'un nouveau porc et alla vendre à Nienhagen. Il y eut 80 malades peu gravement atteints; aucun ne mourut.

Date de l'apparition des premiers accidents. — Variations de la gravité de la maladie suivant le moment de la consommation de la viande trichineuse. — Dès les premiers jours, quelques-unes des personnes qui avaient mangé de la viande de ce porc tombèrent malades : les unes, peu nombreuses, le premier et le second jour; d'autres, le vingt et unième et le vingt-troisième jour seulement, c'est-à-dire trois semaines après l'ingestion de la viande trichinée.

Au début, la nature des accidents fut méconnue; on les considéra comme des diarrhées cholériformes, soit spontanées, soit dues à un empoisonnement par les saucisses (Wurstgift). La cause de la maladie ne fut déterminée que le neuvième jour : on comptait déjà à Emersleben plus de 150 malades. Les médecins des localités envahies s'étaient réunis en conférence et M. le docteur Philipp, ancien assistant du professeur Weber, qui avait décrit autrefois l'épidémie de Hedersleben, en fixa la nature.

Nous avons cherché à déterminer si le temps, qui s'était écoulé entre le moment où le porc trichiné avait été tué et celui où sa chair avait été consommée, influait sur la gravité des accidents et l'époque de leur apparition. Pour cela nous avons demandé à M. le maire d'Emersleben de vouloir bien faire relever la date du jour où les malades avaient consommé la viande du porc trichiné, celle du début des accidents, la gravité de la maladie et la date des décès. Grâce à l'obligeance du maire et de M. Wagner, nous avons eu ces documents pour le village d'Emersleben. On a considéré comme jour du début des accidents celui où les malades avaient été obligés de cesser leur travail. En interrogeant quelques-uns d'entre eux, nous avons pu constater que plusieurs avaient eu des douleurs dans les membres, des raideurs, des fourmillements, auxquels ils n'avaient accordé aucune attention, mais qui n'en étaient pas moins les premiers indices de la maladie. Nous n'avons pas cru pouvoir rectifier ces données. La date acceptée comme indiquant le début de la maladie veut donc seulement dire que ce jour les malades furent obligés de cesser leur travail.

Dans le relevé, M. le maire a distingué les malades : en légèrement atteints, gravement atteints; pour dix d'entre eux, on a mis gravité moyenne. Pour ne pas compliquer les tableaux, nous avons placé ces derniers dans les cas légers.

Ces relevés ne comprennent que les malades d'Emersleben.

Nous ne connaissons, pour les autres villages, que le jour de la vente de la viande, le nombre des malades et le nombre des morts.

Nous n'avons donc pas inscrit dans ces tableaux les malades de Deesdorf, de Grœningen, ni les deux personnes d'Emersleben qui ont mangé du porc malade avant tout mélange et qui sont mortes, ni les malades de Nienhagen qui ont mangé de la viande après le deuxième mélange avec la chair d'un nouveau porc.

Variations de la mortalité suivant que la viande a été ingérée un, deux, trois, quatre, cinq, six et sept jours après la mort du porc. — Ingestion le 13, le lendemain du jour où le porc a été tué. 27 personnes : morts, 9 (33 p. 100); gravement atteints, 12 (44 p. 100); légèrement, 6.

NOTA. — Trois de ces personnes ont mangé de cette viande trois jours de suite, les 13, 14, 15. Deux sont mortes, une a été gravement atteinte.

On pourrait joindre à ce tableau les 42 personnes de Deesdorf qui ont été malades après avoir mangé de la viande les 13 ou 14, et les 2 de Grœningen qui sont mortes l'une et l'autre. Ces 44 personnes ont fourni 11 décès.

Ingestion le 14. 44 personnes : morts, 7 (16 p. 100); gravement atteints, 14 (32 p. 100); légèrement, 23 (52 p. 100).

Ingestion le 15. 56 personnes : morts, 12 (21 p. 100); gravement atteints, 19 (34 p. 100); légèrement, 25 (44 p. 100).

Ingestion le 16 (jour de la fête des guerriers à Emersleben). 99 personnes : morts, 13 (13 p. 100); gravement atteints, 28 (28 p. 100); légèrement, 58 (59 p. 100).

Ingestion le 17. 10 personnes : morts, 1 (10 p. 100); gravement atteints, 3 (30 p. 100); légèrement, 6 (60 p. 100).

Ingestion les 18, 19. 14 personnes : gravement atteints, 4 (28 p. 100); légèrement, 10 (72 p. 100).

Ainsi la nocuité d'un même mélange de deux porcs, dont l'un était trichineux, a été en diminuant d'une façon très rapide, à mesure que les consommateurs faisaient usage de cette viande à un moment de plus en plus éloigné du jour de la mort de l'animal. Ceux qui en mangèrent six jours après qu'il eut été tué furent encore malades, mais aucun ne mourut.

Il semblerait résulter de ces tableaux que, bien qu'elles ne soient pas encore mortes, les trichines contenues dans ces hachis perdent dans une certaine mesure leur activité reproductrice. Nous avons cherché à vérifier cette opinion en notant à quel moment chacun des malades avait dû abandonner ses travaux, et nous avons trouvé que, chez ceux qui ont consommé de la viande le lendemain du jour de la mort de l'animal, les accidents graves avaient éclaté plus rapidement que chez ceux qui en firent usage les jours suivants.

En prenant la totalité des malades, on trouve que sur les 250 victimes d'Emersleben 136 furent prises dans la première semaine, 89 dans la seconde, 25 du quinzième au vingt-troisième jour, soit : 1re semaine : 54 p. 100; 2e semaine : 36 p. 100; 3e semaine: 10 p. 100.

Si on fait le calcul pour chacun des groupes de malades suivant que la consommation du porc tué le 12 septembre a eu lieu les 13, 14, 15, 16, etc., on trouve :

27 consommateurs du 13 (date du début des accidents) : 1re semaine, 21 (78 p. 100); 2e semaine, 6 (22 p. 100). Tous sont tombés malades avant le onzième jour.

44 consommateurs le 14 : 1re semaine, 23 (52 p. 100); 2e semaine, 19 (43 p. 100); 3e semaine, 2 (5 p. 100).

La période du début des accidents s'allonge pour quelques malades jusqu'au dix-septième jour.

56 consommateurs le 15 : 1re semaine, 25 (45 p. 100); 2e semaine, 20 (35 p. 100); 3e semaine, 11 (20 p. 100). Un des malades inscrits dans la troisième semaine n'a eu d'accidents que le vingt-troisième jour.

99 consommateurs le 16 : 1re semaine, 51 (51 p. 100); 2e semaine, 36 (36 p. 100); 3e semaine, 12 (12 p. 100).

24 consommateurs les 17, 18, 19 : 1re semaine, 9 (37 p. 100); 2e semaine, 15 (62 p. 100).

Le tableau 2 annexé à ce rapport donnera plus facilement une idée d'ensemble de ce phénomène. On verra que plus la consommation s'éloigne du moment de la mort de l'animal, plus s'allonge la période qui sépare le début des accidents du moment de l'ingestion (1).

Ainsi les tableaux de la mortalité et ceux du début des accidents paraissent indiquer que, pour des individus qui font usage de viande de porc crue, le danger est d'autant plus grand que la consommation est plus rapprochée du moment où l'animal a été abattu.

D'autres influences peuvent, il est vrai, troubler dans une certaine mesure la valeur des documents qui nous ont conduit à cette conclusion. Nous ignorons quelle est la quantité de viande ingérée par chacun des consommateurs. Il est probable toutefois que les gros mangeurs sont indifféremment répartis dans les différents jours. Le sexe ne semble pas avoir d'influence sérieuse. Les accidents sont en effet ainsi répartis :

Hommes : 120 malades, 22 morts, 29 gravement atteints, 65 légèrement ;

Femmes : 121 malades, 20 morts, 38 gravement atteintes, 63 légèrement.

L'âge aurait une influence plus réelle. Tous les médecins nous ont affirmé que les enfants avaient mieux résisté à la maladie que les adultes et surtout que les vieillards. Malheureusement, dans le tableau fourni par la mairie, on n'a pas relevé l'âge des enfants.

Mode de consommation. — Influence de la cuisson. — L'influence capitale, celle qui domine toute la question du danger de l'invasion trichineuse, est celle de la cuisson. Tous les malades dont nous venons de parler ont mangé de cette viande absolument crue. Une seule famille a consommé le 15 septembre des saucissons de ce porc après les avoir soumis à la cuisson ; aucun de ses membres n'a éprouvé le plus petit malaise, et la valeur de cette démonstration est encore relevée par les circonstances du fait. La famille de M. Heine, maire d'Emersleben, se compose de cinq personnes et de la cuisi-

(1) Notons que plus le début de la maladie est voisin de l'ingestion, plus cette maladie semble grave. Ainsi, en classant les malades d'après le moment d'apparition des accidents, on a pour la gravité et la mortalité :

Début des accidents pour 247 malades :

	Cas légers.	Cas graves.	Morts.
1re semaine....	56 (45 p. 100)	42 (34 p. 100)	26 (21 p. 100)
2e —	47 (53 p. 100)	29 (32 p. 100)	13 (14 p. 100)
3e —	25 (73 p. 100)	6 (18 p. 100)	3 (9 p. 100)

Quant à la date de la mort, elle est très variable.

La première victime a succombé 19 jours après la consommation. Nous avons quitté Emersleben pendant la huitième semaine ; cinq ou six malades étaient encore en un extrême péril.

Voici la mortalité par semaine : 3e semaine, 1 ; 4e semaine, 7 ; 5e semaine, 7 ; 6e semaine, 14 ; 7e semaine, 9 ; 8e semaine, 4.

nière. On mit pendant cinq minutes les saucisses dans le bouillon du pot-au-feu en ébullition. Les cinq personnes en mangèrent ; aucune ne fut malade. Seule la cuisinière fut atteinte; mais elle avoua qu'elle avait prélevé sur une des saucisses une petite tranche mangée ensuite par elle en forme de tartine. Elle eut pendant quatre semaines des accidents assez sérieux (diarrhée, œdème des membres inférieurs). Elle était guérie lors de notre séjour à Emersleben.

Lorsque M. Heine nous affirma que ces saucisses n'avaient été soumises à l'ébullition que pendant cinq minutes, nous exprimâmes quelques doutes sur la durée réelle de cette cuisson. Il tint à nous faire confirmer son affirmation par Mme Heine. Celle-ci ne fut pas moins explicite, et elle ajouta que le doute n'était pas possible, parce que ces saucisses, qui ont environ 4 centimètres, perdent leur apparence appétissante lorsqu'on les laisse plus longtemps dans le bouillon : elles se plissent et se vident.

Ces viandes trichinées acquièrent donc par la cuisson, et même par une cuisson que tout d'abord nous aurions cru insuffisante, une innocuité qui paraît absolue.

Incidemment M. le docteur Philipp appela notre attention sur un autre mode de préservation ; mais celui-ci ne saurait être recommandé ; nous le mentionnons parce qu'il est intéressant au point de vue de l'étude de la reproduction des trichines. Il nous raconta qu'un homme de Emersleben avait mangé à un repas trois quarts de livre de cette viande de porc, hachée, crue ; cet homme aurait bu en même temps un litre et demi d'eau-de-vie : il n'aurait eu aucun accident. Il faut remarquer que l'eau-de-vie du pays est assez faible : elle ne marque certainement pas 40°. A Berlin on vend pour douze centimes un petit carafon d'eau-de-vie contenant 250 à 280 grammes.

C'est sans doute à des remarques analogues qu'il faut attribuer l'influence favorable accordée par les médecins à l'usage de l'alcool dans le traitement de la maladie.

Valeur des symptômes, de la marche de la maladie, et des lésions observées au point de vue du diagnostic. — De l'exposé précédent, il ressort deux remarques qui me paraissent incontestables : la diminution assez rapide de la puissance de repullulation pour les trichines après la mort de l'animal dans lequel elles séjournent enkystées, et l'influence capitale, depuis si longtemps affirmée et démontrée, de la cuisson. Un autre point reste à établir. Les médecins français, peu familiers avec l'étude de cette maladie, ont-ils pu soigner, sans reconnaître la nature de leur maladie, des individus atteints de trichinose?

Nous n'avons, nous le répétons, examiné les malades d'Emersleben que pendant la septième et la huitième semaine de leur affection. Mais nous n'hésitons pas à déclarer, M. Grancher et moi, que jamais nous n'avons vu de malades présentant l'ensemble des symptômes que nous avons observés à Emersleben et à Deesdorf. A ce moment, ils étaient tombés dans un état de cachexie extrême; ils avaient un gonflement du tissu cellulaire des membres inférieurs, du scrotum, des parois abdominales, des avant-bras, porté à un degré qui dépasse ce que l'on rencontre dans les albuminuries parenchymateuses accompagnées d'œdème. La peau éclate, il se forme des eschares, les poumons sont le siège d'un œdème excessif, la dyspnée est intense. Enfin surviennent des pneumonies ultimes sur les caractères anatomo-pathologiques desquels nous reviendrons plus tard. Les médecins allemands insistent en plus sur la fréquence de la manie religieuse ; peut-être l'attente d'une mort qui leur semble prochaine exagère-t-elle simplement les tendances religieuses de ces malades : nous n'avons pu acquérir une notion bien nette de la valeur de ce trouble mental.

Ces symptômes ne peuvent être confondus qu'avec ceux de l'albuminurie, et ils ont une grande valeur si, comme l'affirment nos confrères allemands, il n'y a pas d'albumine dans l'urine. Dans l'épidémie d'Emersleben l'analyse des urines ne nous paraît pas avoir été faite, car, malgré notre demande journalière, en dix jours on n'a pas pu nous fournir d'urine. Tous les auteurs qui ont décrit les épidémies antérieures sont, il est vrai, unanimes dans cette affirmation. Une des autopsies que nous avons faites nous laisse des doutes sur ce point.

Malgré ces désidérata la confusion nous semble impossible, d'abord à cause de l'intensité de cet œdème, et surtout des phénomènes qui l'ont précédé. Au début, pendant la première semaine, ce sont les accidents gastro-intestinaux qui dominent; leur intensité peut faire croire à une invasion de choléra nostras. Puis surviennent les douleurs musculaires avec des accidents de prostration, dits typhoïdes, quoique bien différents des symptômes de la fièvre typhoïde vraie, enfin la période de cachexie à laquelle nous avons assisté.

Si chacune des phases de la maladie, prise isolément, peut être confondue, l'une avec le choléra, l'autre avec la fièvre typhoïde, la troisième avec l'albuminurie, il n'en est pas de même quand on considère l'ensemble du processus depuis son début jusqu'à sa fin, et on peut affirmer qu'il ne trouve son analogue dans aucune autre maladie. En admettant que nous ou nos collègues nous nous soyons trouvés en présence de malades atteints d'accidents évoluant suivant cette marche, peut-être aurions-nous hésité à porter un diagnostic; mais nous n'aurions pas confondu la trichinose avec le choléra, la fièvre typhoïde ou l'albuminurie, changeant de diagnostic de semaine en semaine, à mesure que la maladie subissait son évolution naturelle. En présence de cas si singuliers, nous aurions pratiqué l'autopsie et nous aurions trouvé dans les muscles la trichine caractérisant la nature de la maladie. Cette recherche n'a, en effet, rien de difficile. Chez les deux cadavres dont nous avons pratiqué l'autopsie, M. Grancher et moi, même en ne choisissant pas les muscles d'élection, ceux dans lesquels pullule de préférence la trichine, en prenant par exemple le biceps, il n'y a presque pas d'examen microscopique dans lequel on n'ait trouvé une ou plusieurs trichines.

De l'examen microscopique de la viande de porc. — Les habitudes culinaires des paysans allemands ont obligé l'autorité à organiser un système d'examen de la viande de porc à l'aide du microscope. Nous l'avons vu fonctionner à Berlin et dans les campagnes. A Berlin, l'examen se fait avec une rigueur extrême, et, sous la direction de MM. Virchow et Hertwig, il mérite toute confiance. Soixante examinateurs inspectent au microscope les muscles diaphragme, intercostaux, laryngés de chaque porc, d'autres examinateurs contrôlent les résultats : cette organisation nous semble parfaite.

Dans les provinces, l'armée de 18,000 examinateurs qui doit assurer la sécurité des habitants nous paraît offrir moins de garantie. L'inspecteur de Emersleben exerce en même temps la profession de barbier; celui de Deesdorf est un paysan; celui de Grœningen, un vétérinaire. L'inspecteur reçoit réglementairement un mark pour chaque examen de porc. Mais les inspecteurs de villages voisins, se faisant concurrence, avaient abaissé depuis plusieurs années le prix de l'examen;

de telle sorte que le taux de la taxe était tombé au tiers et même au quart de son chiffre officiel. L'abus était devenu tel et probablement aussi l'examen si peu probant, qu'une circulaire ministérielle récente interdit aux inspecteurs de recevoir un prix moindre de un mark.

Lorsque l'examen microscopique est fait, comme à l'abattoir de Berlin, par des micrographes exercés toute la journée à cette recherche, ou en province, par des surveillants compétents et consciencieux, sur des porcs entiers, le résultat doit être excellent. Les muscles dans lesquels de préférence se localisent les trichines sont connus, l'examen peut donc être rapide et probant. A Berlin on estime sa durée à un quart d'heure. Mais lorsque l'animal a déjà été mis en morceaux et que les parties de différents porcs ont été mélangées, l'examen est nécessairement beaucoup plus long et ses résultats bien incertains.

M. le docteur Philipp nous a rapporté un fait qui rend cette difficulté palpable. Vers le 18 octobre 1883, quelques-uns des malades de Deesdorf, qu'il considérait comme guéris, eurent des rechutes, d'ailleurs peu graves. Le docteur Philipp pensa qu'un porc tué le 13 octobre était peut-être trichineux. Il ne put, pour pratiquer l'examen, se procurer que des débris hachés de ce porc. Les soixante-dix premiers examens microscopiques ne révélèrent la présence d'aucune trichine; au soixante et onzième, il en trouva une, et il fallut aller jusqu'au centième pour en découvrir trois autres.

Conclusions. — De cet exposé il résulte :

1° Ainsi que l'ont toujours affirmé le Comité consultatif d'hygiène, l'Académie de médecine et les divers savants qui se sont occupés de la question, la cuisson de la viande de porc assure au consommateur une immunité absolue ;

2° Le temps qui s'écoule entre le moment où un porc trichiné est abattu et celui où sa viande est ingérée a une influence notable sur l'intensité des accidents qui peuvent résulter de sa consommation. Plus cette durée s'allonge, plus les accidents perdent de leur gravité. A Emersleben, le même hachis trichineux a déterminé la mort de 33 pour 100 de ceux qui en ont mangé le lendemain de la mort de l'animal ; six jours plus tard, aucun des consommateurs n'a eu d'accidents mortels ;

3° La recherche de la trichine dans la viande de porc, facile quand l'animal est entier, probante quand elle est pratiquée par des micrographes compétents, devient longue, difficile, et peut rester infructueuse, même pratiquée par ces micrographes, lorsqu'il ne leur est plus possible d'aller chercher la trichine dans ses lieux d'élection. Mais, nous le répétons, cette recherche est inutile lorsque les habitudes des consommateurs assurent à ceux-ci par la cuisson de la viande une sécurité absolue ;

4° Enfin l'étude de cette épidémie nous a convaincus que nous ne nous étions jamais trouvés en France en présence de malades gravement atteints de trichinose.

II. De l'interdiction des viandes de porc américaines en Allemagne. — Après avoir étudié l'épidémie de Emersleben et de ses environs, nous avons tenu à nous informer des raisons hygiéniques qui avaient décidé le gouvernement allemand à prohiber l'introduction des viandes d'Amérique.

Nous nous étions adressés à M. le docteur Struck, président de l'Office impérial de santé, et nous voulions lui demander communication des rapports invoqués par les organes du gouvernement allemand sur les épidémies de Dusseldorf, Rostock, Brême, etc. D'après les documents que nous joignons plus loin, ces épidémies auraient été attribuées à la consommation de viandes porcines américaines. Malheureusement M. Struck était sans doute trop occupé; il n'a pas pu nous recevoir.

M. Virchow a bien voulu nous fournir quelques renseignements qui, nous le pensons, suffisent à combler cette lacune. Il nous a déclaré de la façon la plus formelle que, à sa connaissance, il n'était pas scientifiquement démontré que la consommation de la viande porcine américaine eût donné naissance à un seul cas de trichinose humaine isolé, ou à plusieurs simultanés développés en forme d'épidémie.

M. Virchow a plusieurs fois fait cette déclaration, notamment en présence de M. Hertwig, vétérinaire directeur de l'abattoir de Berlin, chef du service de micrographie pour la recherche de la trichine à cet abattoir, membre de l'Office impérial : ce dernier a confirmé lui-même les opinions de M. Virchow.

Il est très important de noter que, suivant les habitudes allemandes, le porc américain est consommé cru et que, même dans ces conditions, MM. Virchow et Hertwig affirment qu'il n'est pas démontré qu'un seul cas de trichinose humaine soit imputable à cette ingestion.

Nous regrettons de ne pas posséder les documents et rapports officiels de l'Office impérial de santé. Mais cette affirmation de l'auteur de la première étude complète sur la trichinose nous semble d'une grande valeur. L'analyse du discours prononcé par M. le conseiller aulique Kœhler, commissaire du gouvernement confédéré, à une interpellation de MM. Richter et Rickert qui, dans la séance du 9 janvier 1883 du Reischtadt, demandaient la levée de la prohibition, ne contient aucun argument scientifique, mais au contraire des phrases qui semblent témoigner que les rapporteurs de l'Office impérial avaient dû faire de sérieuses réserves.

Voici la traduction des passages qui renferment des affirmations relatives à l'hygiène. La fin de la réponse semble du reste indiquer que la question débattue avait un intérêt autre et que la lutte n'avait occupé qu'un moment le terrain scientifique pour reprendre sa place naturelle parmi les questions de protection ou de libre-échange :

« On a trouvé que l'épidémie de Dusseldorf (1881) était d'après une communication du gouvernement royal prussien d'origine américaine (Voir *Archives* : 15 cas et 3 morts).

« De même à Brême, Rostock, ou peut accuser la viande américaine.

« Mais la preuve de cette accusation est excessivement difficile à fournir, parce que :

« *A*. Le diagnostic de la trichinose est difficile, celle-ci étant récemment étudiée et ressemblant à d'autres maladies.

« *B*. La viande américaine, fumée et très peu salée, est mélangée, accommodée, vendue sous le nom de « saucisses et saucissons allemands » (page 422).

M. Kœhler continue et insiste sur l'impossibilité d'un examen sérieux du porc américain à la frontière : dissémination des morceaux, etc.

Et cependant cette viande est d'autant plus dangereuse qu'elle porte désormais l'estampille officielle.

« Nous pourrions recommander au public de ne pas manger de viande de porc américain sans le soumettre à la cuisson, qui est certainement le moyen le plus sûr pour tuer la trichine. Mais si les Américains, les Anglais, les Français ne mangent qu'avec dégoût du porc incomplètement cuit, nos Allemands aiment beaucoup la viande crue ou peu cuite du porc.

« Cependant, nous ne pouvons pas par des lois changer le goût du pays. Ces lois seraient inutiles et porteraient atteinte à la liberté individuelle. Ce serait un contre-sens.

« Une loi de prohibition est donc légitime et nécessaire. D'ailleurs d'autres Etats, France, Autriche-Hongrie, Italie, etc. ont voté ces lois.

« Elles devront être temporaires et subordonnées à l'état des marchandises américaines : que le commerce américain prenne ses précautions, examine ses porcs, surveille leur nourriture, etc.; — ces lois deviendront inutiles.

« Les inconvénients des lois de prohibition sont réfutées par la statistique suivante :

« En 1880, l'importation du porc frais a été de 23,962,200 kil.. l'exportation de 5,645,300 kil.; d'où excédent énorme de 18 millions 316,900 d'importation. — Supposons que trois quarts d'excédent de cette importation soit de viande américaine, on aura 13,000,000 kil. environ.

« En 1881, l'importation américaine se réduit à 10,000,000 kil. environ.

« En 1882 (jusqu'en octobre), importation, 6,000,000 kil. environ. — Exportation, 5,000,000 kil. — Différence en faveur de l'importation, 1,000,000 kil. environ, etc. »

A la fin de l'interpellation les conclusions du gouvernement ont été approuvées sans vote.

Les arguments empruntés par M. le conseiller Kœhler aux rapport de l'Office impérial de santé ne sont pas en contradiction formelle avec les conclusions qui terminent l'enquête que nous avons faite sur l'épidémie de Emersleben.

M. le conseiller raisonne, et il le dit explicitement, en vue de la sécurité de populations qui mangent de la viande de porc crue et dont on ne saurait changer les habitudes culinaires.

Eu admettant même que M. le conseiller ou l'Office impérial de santé dont il analyse les rapports, ait fourni, ce qui n'est pas, la démonstration du danger de la consommation de la viande porcine américaine contrairement à l'opinion de M. Virchow, cet argument vaut pour les populations qui mangent de la viande de porc crue et non pour les nôtres qui ont des habitudes culinaires tout à fait contraires.

Dans ces conditions, nous pouvons conclure que si, à cause des habitudes culinaires particulières aux Allemands, la prohibition des viandes porcines américaines peut se justifier, en raison des habitudes culinaires contraires des Français, les arguments valables en Allemagne sont sans application en France.

Veuillez agréer, Monsieur le ministre, l'assurance de mes sentiments respectueux.

Dr Brouardel.

PHYSIOLOGIE

Note sur la forme de la contraction musculaire réflexe, par M. Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de Nancy.

Suite et fin. — Voir les numéros 50 et 51.

En résumé, les recherches précédentes conduisent aux conclusions suivantes :

1º La contraction réflexe offre des caractères qui la différencient de la contraction directe, qu'elle se présente sous la forme de secousse ou sous la forme de tétanos ;

2º La secousse réflexe présente la même forme, sauf quelques variations légères, quel que soit le point excité, périphérie sensitive, nerf sensitif ou racine sensitive ;

3º La secousse réflexe se distingue de la secousse directe par une amplitude moindre, sa durée plus longue, l'augmentation de la période d'excitation latente et par l'existence plus fréquente d'un certain degré de contracture consécutive ;

4º Le tétanos réflexe, ou mieux la contraction réflexe qui succède aux excitations tétanisantes, présente une forme beaucoup plus variable que le tétanos direct et n'a jamais la régularité typique de ce dernier ;

5º Le tétanos réflexe peut se présenter, tantôt sous la forme de secousse simple, quelquefois allongée comme celle des muscles lisses, tantôt sous celle de secousses irrégulières plus ou moins fusionnées, tantôt sous celle de tétanos incomplet, plus rarement enfin sous la forme de véritable tétanos, mais qui, même dans ce cas, n'a jamais la régularité du tétanos direct ;

6º Le tétanos réflexe apparaît plus tard que le tétanos direct et ne se montre très souvent qu'après la cessation de l'excitation tétanisante, à moins que cette excitation ne soit prolongée très longtemps ;

7º La durée du tétanos réflexe est plus courte que celle du tétanos direct et cette durée est, dans de certaines limites, indépendante de la durée de l'excitation tétanisante. Du reste, d'une façon générale, *il n'y a pas entre l'excitation et le tétanos réflexe l'étroite relation qui existe entre l'excitation et le tétanos direct.*

Telles sont les conclusions générales auxquelles m'ont conduit mes recherches.

A quoi tiennent maintenant ces différences de forme de la contraction réflexe et de la contraction directe ? Il est bien difficile de répondre à cette question. Je n'ai pu jusqu'ici trouver une loi qui permette d'expliquer les variations de forme de la contraction réflexe et je n'ai pu constater de relation évidente entre ces formes et les conditions de l'excitation. Un fait pourtant se dégage avec netteté, c'est que les conditions qui déterminent la forme de la contraction réflexe doivent être cherchées principalement dans les centres nerveux eux-mêmes.

C'est ce que démontrent en effet les expériences dans lesquelles la contraction musculaire est produite par l'excitation directe des centres nerveux. Quand on excite les centres nerveux de la grenouille, soit par des courants d'induction *faibles*, soit par des actions mécaniques (sections transversales), on obtient des formes de contraction musculaire tout à fait comparables aux formes de la contraction musculaire réflexe. Ce sont des secousses irrégulières incomplètement fusionnées, qui prennent quelquefois la forme tétanique, surtout quand on excite les parties supérieures de l'axe nerveux. Mais tant qu'on n'emploie que des courants faibles, on n'obtient jamais le tétanos pur, classique, à moins que l'excitation ne porte sur la région d'origine des racines motrices. Quand, au contraire, les courants ont une certaine intensité, le tétanos peut se produire pour l'excitation à toutes les hauteurs ; mais, dans ce cas, il est très probable que l'excitation s'est transmise jusqu'à la région d'origine des racines motrices.

Mais quelles sont, dans les centres nerveux, les conditions qui déterminent la forme de la contraction réflexe ? Je ne veux pas aborder ici cette question sur laquelle je reviendrai dans un prochain article. Je me contenterai de dire que, d'après mes expériences, j'ai tout lieu de penser que ces conditions doivent être cherchées dans des actions d'arrêt.

Les faits que je viens de décrire peuvent-ils servir à interpréter le mécanisme de la *contraction volontaire* ? Jem'arrêterai un instant sur cette question avant de terminer cet article. Je commencerai par rappeler que toutes mes expériences ont porté exclusivement sur la grenouille. Or, que faut-il en-

tendre par contraction volontaire chez la grenouille? Il semble au premier abord que la qnestion n'ait même pas besoin d'être posée; mais quand on y réfléchit, on s'aperçoit bien vite qu'il n'en est pas ainsi.

Chez l'homme, la distinction entre les mouvements volontaires et les mouvements involontaires est facile à faire. Voici un hémiplégique. Je lui dis de fléchir la jambe et il ne peut y arriver malgré tous ses efforts; je lui chatouille légèrement la plante du pied; la jambe se fléchit immédiatement. Je sais, par expérience, la différence qu'il y a entre le mouvement réfléchi qui succède à une douleur vive, à celle par exemple qui viendra me surprendre à l'improviste et le mouvement réfléchi par lequel j'évite un danger qui me menace. Je puis, par un simple acte de volonté, et sans y être déterminé par un autre motif que le désir de faire acte de volonté, je puis faire nn mouvement, fléchir l'avant-bras, fermer la main, me déplacer dans tel ou tel sens.

Ce n'est pas ici le lieu d'examiner si, au fond de ces mouvements dits volontaires, il n'y a pas un simple mécanisme réflexe plus complexe que celui des réflexes ordinaires. En restant dans la limite des faits, ce qui caractérise le mouvement volontaire, c'est qu'entre l'excitation qui le provoque et le mouvement lui-même se placent nn ou plusieurs actes intellectuels; c'est qu'il est précédé d'une délibération dont nous avons conscience et qui en permet ou en arrête l'exécution.

En outre, tous les faits physiologiques et pathologiques nous autorisent à placer dans les hémisphères cérébraux les appareils organiques de cette délibération.

Chez les animaux supérieurs, nous concluons, par analogie, à l'existence de monvements volontaires comme chez l'homme. Quand nous voyons chez eux des mouvements se produire sans provocation extérieure appréciable ou quand le mouvement, au lieu de suivre immédiatement l'excitation, n'a lieu qu'après un certain temps pendant lequel l'animal *hésite* avant de se décider, nous admettons un mouvement réfléchi, distinct des mouvements réflexes, bien qu'en réalité il ne soit peut-être que cela. D'un antre côté, l'extirpation des hémisphères cérébraux supprime chez eux tous ces monvements réfléchis d'apparence volontaire et transforme les animaux en un pur mécanisme réflexe et automatique.

Chez la grenouille, il n'en est pas tout à fait de même et la différence entre les mouvements involontaires, réflexes ou automatiques et les mouvements volontaires, s'efface de plus en plus, de sorte que la ligne de démarcation entre les deux est à peu près impossible à établir. En outre l'extirpation des hémisphères cérébraux ne produit pas chez elles les mêmes effets que chez les animaux supérieurs. Contrairement, en effet, à plusieurs expérimentateurs, j'ai constaté fréquemment que l'ablation des hémisphères cérébraux ne détermine absolument aucun phénomène particulier chez la grenouille, à part les suites immédiates de l'opération. Au bout de très peu de temps, la cicatrisation de la plaie a lieu, habituellement sans accidents, et si on place alors l'animal dans un aquarium avec des grenouilles intactes, il est impossible à des personnes non prévenues de les distinguer les unes des autres. J'en ai conservé ainsi plus d'une année et j'ai fait constater le fait plus d'une fois aux élèves qui fréquentent mon laboratoire. Chez les grenouilles *en captivité*, il semblerait, d'après ces expériences, que les hém.sphères cérébraux sont absolument sans utilité. Je dis chez les grenouilles en captivité, car il pourrait très bien se faire qne, chez les grenouilles en liberté, cherchant leur nourriture et évitant leurs ennemis, en un mot luttant pour l'existence, les phénomènes fussent tont autres. Il est très probable qne, dans ces conditions, les grenouilles privées d'hémisphères se tronveraient dans un état d'infériorité vis-à-vis des grenouilles intactes. Ponr avoir, chez la grenouille captive, les phénomènes que l'on observe chez le lapin ou chez le pigeon après l'ablation des hémisphères, il faut que la lésion dépasse les hémisphères cérébraux et entame la couche optique ou les tubercules bijumeaux.

Quoi qu'il en soit, ce qui est certain, c'est que chez la grenouille il est très difficile de savoir exactement si l'on a affaire réellement à nn monvement volontaire. La chose devient encore plus difficile, sinon impossible, quand il s'agit, comme dans ces recherches, d'étudier la forme de la contraction musculaire. Quand on fait subir à l'animal la préparation nécessaire ponr prendre le tracé de la contraction, on le soumet à une série d'excitations qui se renouvellent tont le temps qu'il reste fixé sur la planchette du myographe et, dans ces conditions, toutes les contractions qui se produisent peuvent être attribuées à ces excitations et être considérées comme purement réflexes. J'ai essayé, à plusieurs reprises, d'avoir le tracé de contractions volontaires et je n'ai jamais pu le faire du moins d'une façon certaine; il me restait toujours du doute sur la nature de la contraction que j'enregistrais. En tont cas, ces contractions ressemblaient absolument comme forme aux contractions réflexea ou à celles qu'on obtient par l'excitation des centres nerveux. Il y aurait donc dans ce cas une grande analogie entre la contraction réflexe et la contraction volontaire. Reste à savoir s'il y a plus qu'une analogie de forme et si elle s'étend jusqu'à la nature même de la contraction. On peut se demander aussi jusqu'à quel point ces résultats sont applicables aux animaux supérieurs. Mes expériences ne me permettent pas jusqu'ici de trancher cette question.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 décembre 1883. — Présidence de M. E. Blanchard.

Influence de la couleur sur la perception des différences de clarté. Note de M. Aug. Charpentier, présentée par M. Vulpiau.

Conclusions. — Pour des intensités lumineuses semblables et pour un même objet d'expérience, la sensibilité différentielle dépend étroitement de la couleur (ou de la longueur d'onde).

La sensibilité différentielle est plus délicate (ou la fraction différentielle est moins élevée) pour les couleurs les moins réfrangibles.

A clarté égale, c'est donc dans les couleurs les moins réfrangibles que nous distinguerons le mieux les formes des objets.

La sensibilité différentielle pour la lumière de la lampe Carcel est intermédiaire entre celle du jaune et celle du vert.

Choléra, variole, fièvre typhoïde et charbon chez les cuivriers de Villedieu. Note de M. Bochefontaine, présentée par M. Vulpian.

La note de M. V. Burq, insérée aux Comptes rendus (séance du 3 décembre), m'a donné lieu de croire que l'Académie accueillerait d'autres documents dus à l'initiative de M A. Ygouf qui les a recueillis à Villedieu même, cù il possède une partie de sa famille.

Dans la plupart des rues de Villedieu, on sent manifestement le cuivre, et certains ruisseaux exhalent une forte odeur cuivrée. Le

plus grand nombre des habitants font usage d'ustensiles provenant de l'industrie de leur localité : cuillers, fourchettes, assiettes, poêles, chaudrons, robinets et autres objets tous en cuivre.

Des individus aux cheveux verts, ou dont la peau présente des taches vertes, se rencontrent fréquemment dans la ville.

Chez les fondeurs en cuivre, on constate souvent des envies de vomir, des coliques et même de la diarrhée. Lorsque les fondeurs renoncent à leur travail habituel, ils cessent d'avoir la *colique de cuivre*.

En un mot, les habitants de Villedieu (dont le nombre n'atteint pas 4,000), et particulièrement les ouvriers en cuivre, sont saturés de cuivre autant qu'il est possible de l'être dans l'état normal. Si donc ce métal confère une immunité contre la contagion des maladies microbiques ou zymotiques, les « cuivriers » seront à l'abri de ces affections.

Cependant, il y a eu à Villedieu, en 1849, *neuf cas de mort par le choléra*, observés en partie chez des ouvriers en cuivre ou dans leur famille. La personne instruite, très honorable, qui a consigné ces décès, est convaincue de la réalité de l'action prophylactique du cuivre : il n'est donc pas possible d'attribuer sa statistique à une opinion préconçue contre cette hypothèse. Si la population de Villedieu était aussi considérable que celle de Paris, toutes choses étant égales d'ailleurs, la mortalité par le choléra serait de 5,700.

La variole et la fièvre typhoïde atteignent les ouvriers de l'industrie cuivrière comme les autres habitants. Quant au charbon, il en existe un cas mortel observé en 1865, chez un chaudronnier habituellement aussi imprégné de cuivre qu'il est possible de l'être à Villedieu. Il est donc bien certain que l'évolution de la bactéridie charbonneuse n'est pas arrêtée par le cuivre.

Séance du 24 décembre 1883. — Présidence de M. Blanchard.

— M. Bertrand, secrétaire perpétuel, fait le dépouillement de la correspondance et signale parmi de nombreux mémoires ayant trait à différentes branches de la science, une note concernant les moyens propres à prévenir et à guérir le choléra. Cette note sera renvoyée à l'examen d'une commission spéciale.

— M. Pasteur présente une note de M. Joannès Chatin, professeur agrégé de l'Ecole de pharmacie, sur une maladie qui attaque l'oignon vulgaire et qui offre une certaine analogie avec celle que l'on observe sur l'orge niellée. La cause de cette maladie réside dans la présence d'un parasite dont les larves sont douées d'une très grande force de résistance aux agents de destruction ordinaire. M. Pasteur présente également une note concernant les bons résultats obtenus par le chauffage des vins employé comme méthode de préservation contre le développement de certains végétaux parasites.

— M. Bouley présente, de la part de M. le docteur Cornil, une note sur l'anatomie pathologique du phlegmon et particulièrement sur les bactéries que l'on observe dans cette maladie.

— M. Lacaze-Duthiers présente à l'Académie un embryon humain dont la longueur n'excède pas 6 millimètres. Jusqu'ici on n'avait guère observé d'embryon reconnaissable avec d'aussi faibles dimensions.

— M. le Président annonce la mort de M. Ivon-Villarceau, membre de l'Académie des sciences et du Bureau des longitudes. Il rappelle en quelques mots les qualités de ce savant, ses aptitudes diverses, et les nombreux travaux qui forment ses titres scientifiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 18 décembre 1883. — Présidence de M. Gavarret.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1884.

Prix de l'Académie. — Question : *De la présence des bacilles dans les crachats et de leur valeur séméiologique.* — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : *Anatomie pathologique des cancers.* — Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question : *De la sclérose en plaques disséminées.* — Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question : *Traumatisme et grossesse; leur influence réciproque.* — Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Godard. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie interne. — Il sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. — Il sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Prix fondé par M. le docteur Daudet. — Question : *Du lymphadénome.* — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par Mme Vernois. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. — Il sera de la valeur de 800 francs.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné au meilleur ouvrage contre la mélancolie. — Il sera de la valeur de 2,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Falret. — Question : *Des folies diathésiques.* — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — Question : *De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc.* — Ce prix sera de la valeur de 6,000 francs.

Prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : *De l'étiologie et de la prophylaxie de la scrofule dans la première enfance.* — Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. et Mme Saint-Paul. — Ce prix, de 25,000 fr., sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aura, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérite*.

En attendant, les arrérages de cette donation sont consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans par l'Académie aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérite lui auront paru mériter cette récompense.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Nota. — Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1884 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1884. Ils devront être écrits en français ou en latin et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Séance du 26 décembre 1883. — Présidence de M. Hardy.

Correspondance. — Lettre de M. le ministre de l'instruction publique qui transmet l'ampliation du décret du président de la République approuvant l'élection de M. Vidal comme membre titulaire. M. Vidal est invité à prendre place parmi ses collègues. — Lettre de M. le ministre de l'intérieur informant l'Académie qu'il a mis à sa disposition pour l'année 1883 une somme de deux mille francs dont le montant est destiné à accorder des récompenses aux auteurs des meilleurs mémoires sur la mortalité des enfants du premier âge et à la publication du rapport de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance. — Exemplaire du rapport de M. le docteur Mahé, médecin sanitaire de France à Constantinople, sur la mission médicale dont il a été chargé en Egypte pour rechercher l'origine de l'épidémie de choléra de 1883. — Dépôt, par M. E. Labbé, d'un pli cacheté relatif au traitement de la tuberculose pulmonaire. — *Note critique des principaux faits relatifs aux centres psycho-moteurs*, par M. Bitot (de Bordeaux). — Note de M. Lepage (de Gisors) sur l'examen de quelques extraits de quinquina, de belladone et de ciguë du commerce de la droguerie.

Travaux présentés : Collection des travaux du Conseil d'hygiène de la Seine-Inférieure. — *Notice sur le professeur Lasègue*, par M. Hanot, agrégé de la Faculté. — *Exposé des principaux passages contenus dans le Li-Yuen-Lu*, par le docteur Ernest Martin. — *De la dilatation præ-fœtale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée*, par M. le docteur Dumas, agrégé de la Faculté de Montpellier. — *Observations de pneumonies traitées par les bains froids*, par M. Gignoux, médecin des hôpitaux de Lyon. — *Des idées et connaissances médicales chez les Celtes*, par le docteur L. Ernoult. — *Les familles des aliénés au point de vue biologique*, par MM. les docteurs Ball et Régis. — *Manuel clinique de l'analyse des urines* (2e édition), par M. Yvon.

Suite de la discussion sur le diagnostic de la tuberculose. — M. Colin, à l'encontre de la récente communication de M. G. Sée, présente des observations qu'il résume ainsi lui-même en terminant : « En résumé, je doute de tout ce qui a été dit du bacille tuberculeux, de sa spécificité, de son origine, de sa virulence exclusive, de son rôle morbigène. J'attends sur tous ces points de nouvelles études plus complètes que celles dont on nous a parlé. L'Académie a été bien inspirée en les provoquant par la question qu'elle vient de mettre au concours. J'en ferai pour ma part sur les animaux autant qu'il me sera possible, dès que je serai un peu familiarisé avec les procédés de coloration dont les cliniciens de tous les pays savent déjà se servir. »

Élections. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, au renouvellement du bureau pour l'année 1884.

M. Alphonse Guérin, vice-président, passe à la présidence.

M. Fauvel est élu vice-président par 49 voix, sur 54 votants, contre 3 voix données à M. Bergeron, 1 à M. Moutard-Martin, 1 à M. Jules Guérin. — Il présente ses remerciements à l'Académie.

M. Proust est maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel.

MM. Moutard-Martin et Trélat sont élus membres du conseil.

On procède ensuite au renouvellement partiel des commissions permanentes.

Sont nommés : *Commission des épidémies*, MM. Féréol et Le Roy de Méricourt. — *Commission des eaux minérales*, MM. J. Le Fort et Vidal. — *Commission des remèdes secrets*, MM Caventou et Méhu. — *Commission de vaccine*, MM. J. Guérin et H. Bouley. — *Hygiène de l'enfance*, MM. Th. Roussel et Bronardel.

— De la dilatation intermittente et progressive de la trompe d'Eustache. — M. Ménière lit, sous ce titre, un travail dont voici les conclusions :

1° Il est indispensable, au point de vue du diagnostic et au point de vue du traitement, de ne jamais faire le cathétérisme de la trompe sans introduire de suite une bougie en gomme ;

2° La dilatation intermittente de la trompe peut être faite *progressivement* par le procédé très simple dont je viens de donner la description ;

3° Les bougies trempées dans des solutions médicamenteuses et en contact avec la muqueuse de la trompe fournissent au médecin otologiste un excellent moyen de traitement.

— L'épidémie de trichinose d'Halberstadt. — M. Brouardel donne lecture du rapport qu'il a adressé à M. le ministre du commerce sur l'épidémie de trichinose d'Halberstadt (Allemagne), qu'il avait reçu la mission d'aller étudier. (Voir plus haut le rapport *in extenso*.)

— Angine de poitrine caractérisée anatomiquement par un rétrécissement considérable des deux artères coronaires a leur origine, sans lésion du plexus cardiaque. — M. Hérard montre à l'Académie les pièces anatomo-pathologiques d'un malade qui a succombé dans son service de l'Hôtel-Dieu à un accès d'angine de poitrine. Le cœur est surchargé de graisse. Le ventricule gauche est très hypertrophié et dilaté, le myocarde un peu anémié. Les orifices sont normaux, sauf l'orifice aortique, qui est dilaté. Pas de lésions de valvules. La partie ascendante et la partie horizontale de la crosse de l'aorte sont le siège d'une dilatation surtout prononcée au-dessus des orifices sigmoïdes. Les parois sont injectées, épaissies et présentent ici et là de larges plaques calcaires. Mais la lésion la plus remarquable réside à l'origine des artères coronaires dont le diamètre est réduit à ce point qu'on peut à peine y faire pénétrer un stylet très fin. Le plexus cardiaque a été l'objet d'un examen minutieux dans le laboratoire de M. Cornil ; on n'a trouvé aucune particularité pouvant permettre de dire qu'il y a une altération quelconque. M. Hérard en conclut que, dans le cas actuel, l'angine de poitrine a eu pour point de départ la lésion des artères coronaires ; que le rétrécissement de ces artères à leur origine a déterminé une *ischémie cardiaque* avec névralgie consécutive des filets nerveux du cœur, et que ce fait doit être rangé à côté des observations analogues signalées par un grand nombre d'auteurs, plus récemment par MM. Potain, Sée, Huchard, etc.

— La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouvelle Géographie universelle. — La Terre et les Hommes, par Elisée Reclus. T. IX, *l'Asie antérieure*, contenant 5 cartes en couleur tirées à part, 155 cartes dans le texte et 85 vues et types gravés sur bois. — Paris, librairie Hachette et Cie.

Nous n'avons pas à présenter à nos lecteurs l'œuvre monumentale entreprise par M. Elisée Reclus ; elle est connue et justement appréciée de tout le monde et, dès qu'un volume a paru, on aspire après la publication du volume suivant.

C'est le neuvième que la librairie Hachette vient de livrer au public. Il a trait à l'Asie antérieure et complète la géographie de la seconde partie du monde.

« En remontant par la pensée le cours des siècles, dit l'auteur, on voit les ténèbres s'épaissir sur les régions, aujourd'hui si brillantes, de l'Occident, tandis que la lumière apparaît à l'orient de la Méditerranée, à la fois sur les bords du Nil africain et dans les contrées de l'Asie limitrophe, sur les côtes et dans les îles de l'Ionie, sur les plages syriennes, les rives de l'Euphrate et les plateaux de l'Iran. Nos origines restent inconnues, mais les commencements de la civilisation

qui s'est développée de siècle en siècle, pour devenir le patrimoine commun des peuples de l'Europe et du Nouveau-Monde, se retrouvent dans les contrées sud-occidentales de l'Asie. N'est-ce pas là que les mythes des Hellènes placent les premiers Olympes et font naître les dieux? N'est-ce pas là aussi que, d'après les légendes recueillies par juifs, chrétiens et musulmans, fleurissait l'arbre de vie, à l'ombre duquel s'éveillèrent le premier homme et la mère universelle? C'est dans la Chaldée, dans les monts du Caucase indien, dans les oasis de de l'Iran que l'on cherchait le paradis terrestre : le Masis de l'Arménie, le Nizir du Kourdistan, le Demavend de la Perse, ou telle autre montagne de l'Asie antérieure, porterait encore sur sa croupe les débris de l'arche où se réfugia la famille échappée au flot débordé. »

Depuis ces âges lointains, bien des civilisations se sont succédé dans ces contrées; elles ont été le théâtre des plus grands événements qui ont marqué l'histoire de l'humanité. « Maintenant, dit M. Reclus, le foyer de lumière a cheminé vers l'Ouest et les ténèbres se sont appesanties sur l'Orient. On peut dire que l'Asie antérieure est plus vivante par son passé que par son histoire contemporaine. Même en voguant devant les murs d'Hillah, on ne se répète que le nom de Babylone, et dans les déserts où rôde le Bédouin, on voit surgir devant sa pensée les grandes figures de Moïse et de Mahomet, de Sémiramis et d'Alexandre. »

C'est justement cette évocation constante du passé, à laquelle on ne peut se soustraire, qui rend si intéressante l'étude de ces pays. L'Asie antérieure comprend toute l'Asie des anciens jusqu'à l'Indus. M. Reclus nous conduit d'abord sur les hautes terres de l'Afghanistan, puis dans le Beloutchistan. Il nous fait ensuite visiter successivement la Perse, l'Arménie, le Kourdistan, les bassins du Tigre et de l'Euphrate, le Bas-Kourdistan, la Mésopotamie, l'Yrak-Arabi, l'Asie Mineure, Cypre, la Syrie, la Palestine, Sinaï, l'Arabie. Fidèle au titre de son ouvrage, il nous fait connaître la terre et les hommes, soit dans le présent, soit dans le passé, mettant un soin égal à décrire la configuration, la formation géologique, la flore, la faune de chaque pays et les caractères ethniques, le degré de civilisation, le développement physique, intellectuel et moral de ses habitants. De nombreuses cartes et gravures, parfaitement dessinées, viennent ajouter encore à la netteté et à l'intérêt des descriptions. En un mot, le neuvième volume de la *Nouvelle Géographie universelle* est à la hauteur des volumes qui l'ont précédé.

LA SYRIE D'AUJOURD'HUI. — VOYAGES DANS LA PHÉNICIE, LE LIBAN ET LA JUDÉE, 1875-1880, par le docteur LORTET, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

M. Lortet nous conduit dans une des contrées que nous venons de visiter avec M. Elisée Reclus; mais quel plaisir ne trouve-t-on pas à recommencer ce beau voyage, surtout avec un guide comme le savant doyen de la Faculté de médecine de Lyon! Dans ce pays, dont l'histoire se confond avec celle des premiers âges de l'humanité, qui, de longs siècles après, a été le berceau du christianisme et, au moyen âge, le champ de bataille des croisades, il n'est pas un coin de terre, pas une ruine, pas une pierre qui n'éveille un souvenir. Nous voici, par exemple, presque au début du voyage, au défilé de Beilan, sur la route d'Alexandrette à Tripoli :

« Le défilé de Beilan, écrit M. Lortet, a été traversé, pendant les époques préhistoriques, par un grand nombre de peuples différents, et plus tard par les bandes sauvages que traînaient à leur suite les grands conquérants des périodes les plus reculées de l'histoire. C'est ici qu'ont dû passer forcément les Assyriens allant ravager l'Asie Mineure jusqu'à Smyrne, les Perses de Darius, les Grecs d'Alexandre le Grand, les invincibles armées romaines, l'empereur Hadrianus, cet infatigable voyageur, les hordes turcomanes, celles des sultans arabes, et les masses indisciplinées des chrétiens de la première croisade se rendant en Syrie pour faire le siège d'Antioche. La porte syrienne de Beilan est certainement un des points les plus intéressants de la géographie ancienne : toutes les grandes migrations, toutes les invasions qui ont jeté les hordes asiatiques sur les bords de la Méditerranée, se sont effectuées par cet étroit passage, qui aujourd'hui n'est plus fréquenté que par de pittoresques caravanes de chameaux et de mulets transportant les marchandises européennes en Syrie, en Mésopotamie, ou amenant à Alexandrette les produits des vallées de l'Oronte et de l'Euphrate. »

Ce passage montre dans quel esprit M. Lortet a écrit son livre. Si, chemin faisant, il n'oublie pas qu'il est naturaliste, s'il nous initie à la flore et à la faune des pays qu'il traverse, il se montre tour à tour historien, géographe, ethnologiste, archéologue, etc., et partout et toujours il nous captive par sa haute compétence, nous entraîne et nous séduit par l'intérêt et le charme de ses descriptions.

Entre temps, une anecdote nous fait connaître les mœurs actuelles des habitants. Nous sommes à Saïda, l'ancienne Sidon. A peu de distance du campement de nos voyageurs, « se trouve un « wely » autour duquel plus de deux cents femmes vêtues de blanc se livrent à des évolutions bizarres. C'est pour les musulmanes le grand jour de la rémission des péchés : aussi s'accusent-elles mentalement de leurs fautes en faisant de grands gestes et en s'efforçant de jeter toutes leurs peccadilles de l'année sur une chrétienne, ou tout simplement dans la mer, si elles ne peuvent trouver une victime. »

Mme Lortet, qui accompagnait son mari, se dévoue et s'offre comme victime expiatoire. « A sa vue, continue notre confrère, toutes ces pécheresses s'agitent vivement, et celles qui sont encore plongées à moitié dans l'eau ramassent leurs vêtements, dont elles se couvrent à la hâte, puis toutes ensemble gravissent en riant notre petit monticule. Ma femme, qui les encourage de la voix et du geste, leur fait dire par Melhem qu'elles peuvent se décharger sur ses épaules de leurs méfaits passés; elles poussent alors des cris de joie, se baissent, passent rapidement les mains, de bas en haut, le long de leurs vêtements, puis, les ouvrant toutes grandes, font le geste de jeter sur la dame chrétienne les péchés mignons qu'elles ont cueillis sur leurs jupes. Après quelques minutes de cette mimique sanctifiante, soulagées et heureuses, elles s'arrêtent pour s'enfuir précipitamment dans les ravins ombragés. Un instant après, toutes ces femmes reviennent chargées de branches fleuries de laurier rose, qu'elles sèment autour de notre tente, en envoyant des baisers de remerciment à ma femme, fort égayée de ce singulier spectacle. »

Les anecdotes ne sont pas toujours aussi réjouissantes. Après avoir visité successivement Tyr, les sarcophages et les rochers sculptés d'Hanaouëh, Saint-Jean d'Acre, le Carmel, Nazareth, Jenin, Samarie, Jérusalem, Hébron, Bethléem, Jaffa, la mer Morte, les rives du Jourdain, le mont Thabor, le lac de Tibériade, nos voyageurs pénètrent dans les grottes d'Arbèle, et M. Lortet tue un aigle qu'il transporte dans sa sa-

coche. Arrivé sous sa tente, il veut dépouiller sa victime, qui paraît bien morte, et, au moyen d'un fort scalpel, il lui fait une incision le long du sternum. La scène de l'abbé Prévost se renouvelle dans un autre genre. L'animal se ranime sous l'impression de l'instrument tranchant, donne de violents coups de bec à M. Lortet, lui étreint les mains de ses serres puissantes, lui enfonce ses ongles dans les chairs et lui cause ainsi des plaies douloureuses qui mettent plusieurs semaines à guérir. Il faut l'intervention de plusieurs personnes pour débarrasser notre confrère de son terrible ennemi.

Nous ne pouvons ici qu'indiquer l'itinéraire suivi par M. Lortet. Après l'aventure précédente, il quitte les bords du lac Tibériade, visite Safed, Hounin, le lac Houleh, Banias, Damas, où il fait naturellement une assez longue station, Souk-Barada, Ba'albek, dont les ruines célèbres le retiennent plusieurs jours, Gebeil et enfin Beyrouth. Ceux de nos lecteurs qui, le livre sous les yeux, le suivront jour par jour, étape par étape, feront, sans quitter leur cabinet, le voyage le plus instructif et le plus agréable qu'on puisse désirer. Ajoutons que les gravures sont de véritables chefs-d'œuvre et font honneur aux artistes et à l'éditeur.

F. DE R.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le nombre des étudiants inscrit le 1er octobre 1883 est de 4,207. Il était en 1882 de 4,209. La mission égyptienne qui suivait autrefois les cours de la Faculté de Paris, réside maintenant à Londres, depuis les derniers événements. Le nombre des élèves femmes est de 45. Il y en avait 39 l'an dernier. Sur 6,076 examens subis pendant l'année scolaire 1882 83, la proportion des ajournements a été de 24 pour 100. Les candidats seraient généralement faibles en physique, en chimie et en sciences naturelles.

— M. Duhar est nommé aide du laboratoire des cliniques à la Charité, en remplacement de M. Bergeron, démissionaire. — M. Faisans, chef des travaux anatomiques du laboratoire des cliniques à la Pitié, est chargé en outre, des fonctions de chef des travaux cliniques au même laboratoire, en remplacement de M. Guignard, appelé à d'autres fonctions. — M. Monnange est délégué dans les fonctions de préparateur de chimie biologique, en remplacement de M. Jay démissionnaire.

***

HÔPITAUX DE PARIS. — Avant-hier a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'assistance publique, la distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices de Paris. Voici les noms des lauréats de l'internat :

PREMIÈRE DIVISION (internes de 3e et 4e années).—*Médaille d'or :* M. Chantemesse; *Médaille d'argent :* M. Ménard; *Mention honorable:* MM. Guinard et Berne.

DEUXIÈME DIVISION (internes de 1re et 2e années).—*Médaille d'argent :* M Broca; *Accessit:* M. Gilbert; *Mention honorable:* MM. Queyrat et Frémont.

On a proclamé ensuite les noms des élèves internes et externes admis à la suite des derniers concours pour entrer en fonctions le 1er janvier prochain. Les élèves reçus à l'internat ont été classés dans l'ordre suivant :

Internes titulaires. — 1. MM. Belin, Montprofit, Panné, Villemin, Potocki, Martin de Gimard, Girode, Butruille, Landry, Planchard;

11. Lejars, Jeanselme, Despréaux, Hirschmann, Demoulin, Derville, Lauth, Villar, Jacqnet, Foubert;

21. Gaume, Godet, Leflaive, Hontaug, Léonordoo-Lapervenche, Budor Wins, Chochon-Latouche, Cahn, Lavie;

31. Courtade, Secheyron. Guinon (Georges), Aurière, Raymond, Engelbach, Lepage, Ballue, Grattery, Nourric;

41. Demelin, Regnauld, Leroy, Barraud, Champeil, Péraire, Duchon-Doris Jouliard, Semelaigne, Chrétien;

51 Giroux, Polguère, de Tornéry. Didier, Camescasse, Gomet, Léonard.

Internes provisoires. — 1. MM. Guinon (Louis), Récamier, Bonnet, Duharry, Lendet, Wurtz, Crivelli, Mantel, Lefèvre, Reboul;

11. Valat, Besançon, Guimaraes, Demars, Martin du Magny, Graverry, Roulland, Roland, Plicque, Gautier;

21. Thouvenet, Leriche, Deroche, Alexandre, Bonygues, Lyot, Dutil, Parmentier, Dumoret, Balme;

31. Mullot, Pinel Maisonneuve, Klippel, Dupré, Cohen, Gillet, Bimaut, Lallemand, Fiibilin, Martha;

41. Franc, Vilcoq, Secretan, Bataille, Maurin, Benoit, Dieudonné.

— M. Lanceraux désirant rester à la Pitié, M. Gouraud conserve soo service à Saint-Antoioe; M. Hallopeau passe de Saint-Antoine à Saint-Louis, et M. Tennesson passe de Tenon à Saint-Antoine.

***

Hôpital des enfants assistés. — Clinique des maladies des enfants. — M. Rendn, agrégé, chargé de de cours, a commencé ses leçons le mardi 11 décembre 1883 à 10 heures du matin et les continuera les mardis et veodredis suivants.

***

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours pour l'internat en médecine.* — Ce concours vient de se termtoer par la nomination de MM. Fortiueau, Petit Legrain, Pichon, Planés, Ladoucette, internes titulaires. MM. Dupain, Lallement, Grenier. Bettencourt, Moinères, Emourgeon et Boiron oot été classés à la suite. Ils rempliront, si besoin est, les fonctions d'internes provisoires.

Concours pour l'internat en pharmacie. — Ont été nommés : internes titulaires, MM. Eunkard, Camby, Chameteaux.

***

HYGIÈNE PUBLIQUE. — Nous avions annoncé que le gouvernement allait rapporter le décret relatif à la prohibition en France des viandes salées importées d'Amérique Sur une interpellation de M. Paul Bert, la Chambre des députés a adopté un ordre du jour qui engage le gouvernement à surseoir à cette mesure.

***

Aux termes d'un décret du 14 décembre 1883, une médaille d'or de 1re classe a été décernée à M. le docteur Fouqnet (Daniel), médecin de la société de bienfaisaoce du Caire, pour son dévouement exceptionnel lors de la dernière épidémie cholérique survenue en Egypte.

***

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS. — Bureau pour l'année 1884 : Président, M. Constantin Paul; vice-présidents, MM. Danjoy et de Ranse; secrétaire général, M. Leudet; secrétaires des séances, MM. Paul Bénard et Delavarenno; trésorier-archiviste, M. Japhet; comité de publication, MM. Brongniart et Sénac-Lagrange.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — MM. Carpentier et Létéré sont nommés aides d'anatomie, en remplacement de MM. Curtis et Lesux, démissionnaires.

ASSISTANCE PUBLIQUE DE BORDEAUX. — MM. Artigalas, Durand et Bouvet, ont été nommés à la suite du dernier concours, médecins adjoints des hôpitaux de cette ville.

***

ERRATUM. — Dans le précédent numéro, page 617, 1re colonne, ligne 19, lisez : *centimètres* au lieu de *millimètres*; ligne 23, lisez : *millimètres* au lieu de *centimètres*

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 14 AU JEUDI 27 DÉCEMBRE 1883.

Fièvre typhoïde 29. — Variole 2. — Rougeole 23. — Scarlatine 0. — Coqueluche 8. — Dipthérie, croup 43. — Dysentérie 1. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 63. — Phthisie pulmonaire 187. — Autres tuberculoses 14. — Autres affections générales 58 — Malformation et débilité des âges extrêmes 59. — Bronchite aiguë 40. — Pneumonie 88. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 32, — au sein et mixte 20. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 112. — de l'appareil circulatoire 73. — de l'appareil respiratoire 84. — de l'appareil digestif 49. — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 10. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 24. — Causes non classées 5. — Total de la semaine : 1065 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

L'AGENDA MÉDICAL POUR 1884, entièrement refondu contenant : 1. Mémorial thérapeutique du médecin praticien, par le professeur Trousseau, le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine.

2. Mémorial obstétrical, par M. le professeur Pajot.

3. Formulaire magistral, par M. Delpech, pharmacien de première classe, membre des Sociétés de pharmacie et de thérapeutique.

4. Code médical et professionnel, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre.

5. Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger, par le docteur de Valcourt.

Plus un calendrier à deux jours par page, la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins inspecteurs des eaux minérales, maisons de santé de Paris et des environs : la liste des divers journaux scientifiques ; les Facultés et écoles préparatoires de médecine de France ; les écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses sociétés médicales ; des modèles de rapports et certificats ; le tableau des rues de Paris, etc. Format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles. — Prix : Broché : 1 fr. 75 ; Cartonné à l'anglaise : 2 fr. ; Divisé en cinq cahiers et doré sur tranches de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 francs.

Reliures diverses : nº 1. Maroquin à patte avec crayon, doublé en papier : 3 fr. 50 ; nº 2. Maroquin à patte avec crayon, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier : 3 fr. 75 ; nº 3. Maroquin à patte avec crayon et petite trousse en moire : 5 fr. ; nº 4. Maroquin à patte avec crayon et petite trousse en maroquin : 7 fr. ; nº 5. Maroquin à patte avec crayon et petite trousse, avec fermoir en maillechort : 9 fr.

Cet agenda sera envoyé à domicile sur la désignation du numéro. — Librairie Asselin et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE TOME CINQUIÈME DE LA SIXIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1883

A

B

C

D

E

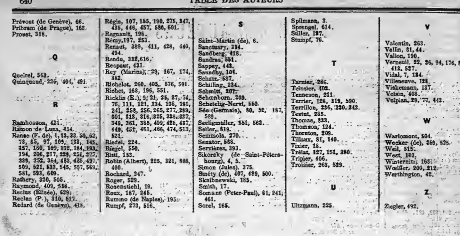
T

U

V

Z

TABLE DES AUTEURS



FIN DES TABLES